3037

CONDIÇÕES GERAIS
VG FAIXA ETÁRIA

MAG SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO 5
2) DEFINIÇÕES 5
3) COBERTURAS DO SEGURO 7
4) RISCOS EXCLUÍDOS 12
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 13
6) CARÊNCIAS 13
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO 14
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 16
10) CAPITAL SEGURADO 17
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO 17
12) APLICABILIDADE DE MORA 18
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO 18
14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO 18
15) CANCELAMENTO DO SEGURO 19
16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 19
17) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI 19
18) ACIONAMENTO DO SEGURO 20
19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE 21
20) DISPOSIÇÕES GERAIS 21
21) FORO 22

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE 23
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL 26
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – VÍTIMA DE CRIME 28
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 30
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 33
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO ... 36
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – VÍTIMA DE CRIME. 39
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO 43
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA 50
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR 57
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL 65
COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL 73
COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL E REALOCAÇÃO DE PESSOAL POR MORTE 75
COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR MORTE 77
COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR MORTE ACIDENTAL 79
COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO 81

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO 83
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO – HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE 85
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA 87
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE 90
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR 93
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE 96
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES 98
COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS 102
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL 104
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA OU ACIDENTE 107
COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA 111
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES ESPECIAL 114
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL 119
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL – UTI 122
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL – FRANQUIA EM HORAS 125
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – ESPECIAL 128
COBERTURA DE CIRURGIAS 132
COBERTURA DE CIRURGIAS ESSENCIAL 162
COBERTURA DE CIRURGIAS PLUS 168
COBERTURA DE CIRURGIAS TOP 175
COBERTURA DE CIRURGIAS PREMIUM 184
COBERTURA DE CIRURGIAS MAIS AMPARO 199
COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR INVALIDEZ 240
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE VÍTIMA DE TRÂNSITO 243
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE TRÂNSITO 246
COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS 248
COBERTURA DE RECISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ ACIDENTAL 249
COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE VEÍCULOS E RESIDÊNCIA POR ACIDENTE 252
COBERTURA DE REEMBOLSO DE JAZIGO 254
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR FAMILIAR 256
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES ESSENCIAL/COBERTURA DE CÂNCER 258
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLUS 262
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PREMIUM 269
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO PARA AUDIÇÃO E FALA 278
COBERTURA DE FERIDAS ACIDENTAIS 281
COBERTURA DE DESPESAS COM EMERGÊNCIAS HOSPITALARES POR ACIDENTE 284
COBERTURA DE DESPESAS COM EMERGÊNCIAS COM AMBULÂNCIAS POR ACIDENTE 285
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES MASTER 286
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR MORTE ACIDENTAL 290
DO EXCEDENTE TÉCNICO 298

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
(CNPJ: 33.608.308/0001-73)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO
(15414.003037/2012-47)

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no parágrafo 2° do art. 7°, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e 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 do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) excluem-se desse conceito:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médicocientífica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

b) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;

c) **Assistido:** beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

d) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

e) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro;

f) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

g) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;

h) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

i) **Coberturas de Risco:** coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;

j) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

k) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

l) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

m) **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;

n) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

o) **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;

p) **Estipulante/Subestipulante:** 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;

q) **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;

r) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

s) **Evento Prazo Curto:** evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada;

t) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

u) **Franquia Dedutível:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento;**

v) **Franquia Simples:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia não é deduzida por evento, isto é, caso o evento gerador tenha duração superior a franquia, a seguradora indenizará o período completo correspondente ao evento gerador;**

w) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

x) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

y) 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 convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;

z) Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

aa) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

bb) Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

cc) Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

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

ee) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

ff) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

gg) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

hh) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

ii) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

jj) Proposta de Adesão: 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;

kk) Proposta de Contratação: 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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

ll) Provisão Matemática de Benefícios Concedidos: Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o assistido (ou assistidos) durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

mm) Renda: Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

nn) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

oo) Segurado: pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;

pp) Segurado Principal: é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;

qq) Segurados Dependentes: são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro.

rr) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

ss) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

I. **Morte (M):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. **Morte Acidental (MAC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. **Morte Acidental - Vítima de Crime (MACVC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

IV. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

V. **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

VI. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, com a majoração de alguns itens constantes da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**

VII. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - Vítima de Crime (IPAVC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

VIII. **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

IX. **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

X. **Auxílio Funeral Complementar (AFC):** Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado, para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais.

XI. **Auxílio Funeral Dedutível (AFD):** Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de Morte.

XII. **Adiantamento por Doença Terminal (ADT):** Corresponde à antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso seja verificado o estado terminal da doença do segurado, para auxiliá-lo no tratamento;

XIII. **Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da morte do segurado;

XIV. **Despesas Extras por Morte (DEM):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da morte do segurado;

XV. **Despesas Extras por Morte Acidental (DEMA):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da morte por acidente do segurado;

XVI. **Auxílio Alimentação (AALI):** Corresponde ao pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, para auxiliar na alimentação da família;

XVII. **Doença Congênita dos Filhos (DCF):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita;

XVIII. **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO):** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto;

XIX. **Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):** É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XX. **Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXI. **Doenças Graves (DG):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XXII. **Transplante de Órgãos (TO):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário caso este venha a se submeter a algum dos transplantes de órgãos definidos nas condições especiais.

XXIII. **Diária por Internação Hospitalar (DIH):** É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXIV. **Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA):** É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de acidente pessoal coberto, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXV. **Invalidez Permanente Total por Doença Profissional – Adiantamento (IPDP):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, observadas as disposições contidas nas condições gerais e especiais, porém restritivas àquelas ocorridas em consequência exclusivamente de doença adquirida em função da atividade profissional exercida, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

XXVI. **Invalidez Laboral Permanente Total por Doença ou Acidente (ILPDA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença ou acidente, observadas as disposições contidas nas condições gerais e especiais, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

XXVII. **Fratura Óssea:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra fratura óssea.

XXVIII. **Doenças Graves Especial:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XXIX. **Diária por Internação Hospitalar Especial:** É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXX. Diária por Internação Hospitalar Especial - UTI: É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar na UTI, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXXI. Diária por Internação Hospital – Franquia em Horas: É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXXII. Diárias por Incapacidade Temporária - Especial (DIT): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXXIII. Cirurgias: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXIV. Cirurgias Essencial: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXV. Cirurgias Plus: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXVI. Cirurgias Top: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXVII. Cirurgias Premium: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXVIII. Despesas Extras por Invalidez (DEI): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da perda, ou da impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

XXXIX. Invalidez Permanente Total Vítima de Trânsito: É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente no trânsito, ocorrido durante a vigência deste seguro

XL. Morte Acidental Vítima de Trânsito: É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal no trânsito ocorrido durante a vigência deste seguro.

XLI. Filhos Póstumos: É a garantia ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

XLII. **Rescisão Contratual por Invalidez Acidental:** É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente;

XLIII. **Adaptação de Veículos e Residência por Acidente:** É a garantia de pagamento das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

XL. **Reembolso de Jazigo:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), limitado ao valor do capital segurado contratado para a aquisição de um jazigo familiar, caso um dos integrantes do grupo familiar venha a falecer.

XLI. **Auxílio Funeral Complementar Familiar:** É a garantia do pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado referente às despesas relacionadas ao funeral dos membros integrantes do grupo familiar.

XLII. **Doenças Graves Essencial:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

XLIII. **Doenças Graves Plus:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

XLIV. **Doenças Graves Premium:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos durante a vigência deste seguro, com a majoração de alguns itens constantes da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**.

XLIV. **Feridas Acidentais:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, em decorrência de fratura óssea ou queimadura da superfície corporal.

XLV. **Despesas Emergenciais Hospitalares por Acidente:** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas com emergências hospitalares, efetuadas pelo segurado, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

XLVI. **Despesas Emergenciais com Ambulâncias por Acidente:** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas com ambulâncias, efetuadas pelo segurado, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

XLVII. **Doenças Graves Master:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

XLVIII. **Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental:** Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado, para a cobertura de morte acidental caso este venha a falecer por causas acidentais.

XLIX. **Cirurgias Essencial (CE):** É a garantia do pagamento ao segurado de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

§ 1º. As coberturas de IFPDA, ILPDA, Auxílio Funeral Complementar, Auxílio Funeral Dedutível, Adiantamento por Doença Terminal, Rescisão Contratual por Morte, Despesas Extras por Morte e IPDP só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte.

§ 2º. As coberturas de Auxílio Funeral Complementar por Morte Acidental e Despesas Extras por Morte Acidental só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte Acidental.

§ 3º. As coberturas de Adiantamento por Doença Terminal, IFPD e ILPDA não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 4º. As coberturas de Doenças Graves, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial ou Doenças Graves Plus ou Doenças Graves Premium, Doenças Graves Master, não poderão ser contratadas concomitantemente, contudo, as coberturas Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Plus e Doenças Graves Premium poderão ser contratadas em conjunto.

§ 5º. Somente poderão ser contratadas para os dependentes as coberturas de Morte, Morte Acidental, Morte Acidental Vítima de Crime, IPA, IPTA, IPAM, IPAMAF, IPAVC, Auxílio Funeral Complementar, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental, Adiantamento por Doença Terminal e Reembolso de Jazigo.

§ 6º As coberturas de DIT, DIT Especial, DITA, DIH, DIHA, DIH Especial e DIH Franquia em Horas não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 7º As coberturas de IPA, IPTA, IPAM e IPAMAF não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 8º As coberturas de DIH Especial e DIH Especial - UTI só poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 9º As coberturas de Cirurgias e Cirurgias Essencial ou Cirurgias Plus ou Cirurgias Top ou Cirurgias Premium não poderão ser contratadas concomitantemente.

Art. 4°. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5°. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário;

g) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e

h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal;

j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

k) para cobertura de filhos póstumos, estão também excluídos os nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular, Natimorto; Adoção.

Art. 6°. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 7°. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

§ 1º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Dedutível ou Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

§ 2º. Para os seguros contratados com vigência inferior a 1 (um) ano a cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, em território nacional, conforme o contrato.

6) CARÊNCIAS

Art. 8°. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, 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.

§ 1º. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. 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.

§ 3º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

§ 4º. Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

§ 5º. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos, se contratada, a carência será de 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência do seguro, o que for menor, contados a partir do início da vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência do seguro, o que for menor, contados do início de vigência do risco individual ou da sua recondução depois de suspensa.

§ 6º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

§ 7º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 6º do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 8º. Para a cobertura de diária por internação hospitalar, será estabelecido período de carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença.

§ 9º. Para as coberturas de Doenças Graves, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Master, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Premium, Transplante de Órgãos, Diária por Internação Hospitalar Especial, Diária por Internação Hospitalar Especial – UTI e Diária por Internação Hospitalar - Franquia em Horas será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

§ 10. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária especial, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de:

- lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- qualquer tipo de hérnia e suas consequências
- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática;
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras; e
- lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias.

§ 11. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária especial, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 10 do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 12. Para as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgias Premium será estabelecido período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador for por causa de doenças relacionadas aos seguintes órgãos ou estruturas anatômicas: amígdalas, adenoides, coluna vertebral, coleciste, cálculos da vesícula biliar e dutos biliares, hemorroidas, fissura anal, fístula anal e prolapso retal, fibromas de útero, histerectomia, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso mitral cystocel e prolapso retocele, tumoração ou nódulo em glândulas mamárias, hidrocele, varicocele e espermatocele, crescimento da próstata, cirurgias de joelho, cálculos urinários, cálculo renal, cálculo em ureteres, cálculo em uretra o bexiga, hérnias internas ou da parede abdominal (o período de carência não se aplicará a hérnias inguinais causadas por um acidente), tireoidectomia por bócio multinodular ou nódulo tireoidiano, desvio do septo nasal, sinusites e valvas cardíacas e doenças das artérias coronárias.

§ 13. Para as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgias Premium, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador não esteja previsto no § 12 do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 14. O prazo de carência poderá ser aplicado às solicitações de aumento de capital segurado efetuadas após o início de vigência, em relação à parte aumentada.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 9°. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a MAG Seguros tem o prazo de até 25 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco.

§ 2º. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

Art. 10. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

a) nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

b) nome completo da sociedade cosseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

c) nome e CNPJ ou CPF do estipulante e, quando for o caso, do subestipulante;

d) indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;

e) número de controle do certificado individual;

f) número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;

g) nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;

h) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;

i) cobertura(s) contratada(s);

j) valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;

k) franquia(s) e/ou carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);

l) o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);

m) valor total do prêmio de seguro, discriminando:

- **i.** valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
- **ii.** adicional de fracionamento, quando for o caso;
- **iii.** valor do IOF, quando for o caso; e
- **iv.** remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso.

n) prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade:

o) data da emissão do certificado individual;

p) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;

q) nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;

r) número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;

s) número do telefone da ouvidoria da seguradora;

t) número do telefone da ouvidoria da seguradora, contato do SAC da MAG e a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados www.consumidor.gov.br

u) número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;

v) informação do "link" no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e;

w) texto informativo, com a seguinte redação: "SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros."

Parágrafo único. Para fins do disposto na alínea "g", caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição.

Art. 11. A inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

a) automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais; e

b) facultativa: quando, somente por autorização do segurado principal, o seguro abranger quaisquer dos segurados dependentes.

Art. 12. São equiparadas(os) aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas(es) estiverem registradas(os) de acordo com regulamentação própria.

Art. 13. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

Art. 14. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 15. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 00 (zero) horas horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Art. 16. Quando a forma de pagamento escolhida for cartão de crédito, no ato da contratação da proposta será realizada uma pré-reserva do valor do primeiro prêmio no limite do cartão. Esse valor somente será debitado do cartão de crédito após o aceite da proposta pela seguradora. A pré-reserva não caracteriza a efetivação do pagamento do seguro e, portanto, não há cobertura nesse período. O pagamento do prêmio será efetivamente realizado somente na data de aceitação da proposta pela seguradora, momento a partir do qual terá início a vigência da cobertura.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 17. Este seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

Art. 18. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Caso as coberturas de Doença Congênita de Filhos, Diária por Incapacidade Temporária, Diária por Incapacidade Temporária – Especial, Diária por Internação Hospitalar, Doenças Graves, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Master, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Premium, Transplante de Órgãos, Diária por Internação Hospitalar Especial, Diária por Internação Hospitalar – UTI e/ou Diária por Internação Hospital – Franquia em Horas seja(m) contratada(s), o prazo de vigência do seguro deverá ser de no mínimo 1 (um) ano.

§ 2º. Caso as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgia Premium sejam contratadas, o prazo de vigência do seguro deverá ser de no mínimo 2 (dois) anos.

§ 3º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 4º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 5º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática e pelo mesmo prazo, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 6º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 7º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 19. O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

Parágrafo único. Para algumas coberturas será estabelecido limite percentual em função das coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, o qual constará da proposta de adesão.

Art. 20. As coberturas para cônjuge e filhos, quando contratadas, poderão abranger apenas as coberturas de Morte, Morte Acidental, MACVC, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar, Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental, IPA, IPTA, IPAM, IPAMAF, IPAVC, Adiantamento por Doença Terminal e Reembolso de Jazigo e o capital segurado será equivalente a:

a) **Cônjuge:** limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação; e

b) **Filhos:** limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo único. A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte ou Morte Acidental ou Morte Acidental - Vítima de Crime.

Art. 21. O valor de indenização da cobertura Diária por Incapacidade Temporária será calculado levando em consideração a quantidade de dias de afastamento do trabalho, em relação ao capital segurado definido na proposta de contratação, que equivale a 30 dias. A quantidade de dias da franquia deverá ser descontada de acordo com o plano contratado.

Art. 22. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 23. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

Parágrafo único. A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a data de início de vigência do certificado.

Art. 24. Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora, alternativamente à atualização monetária prevista no art. 23.

Art. 25. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 26. O valor do prêmio individual do Seguro será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista nas Condições Contratuais do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 27. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 2% (dois por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 39, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 28. O custeio do seguro pode ser:

a) contributário, no caso em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou

b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

Art. 29. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante/subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, cartão de crédito, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer em até 13 dias da data do aceite pela Seguradora, conforme descrito no Art. 33 deste documento.

§ 2º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante/subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 3º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante 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/subestipulante, 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.

§ 4º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.

§ 5º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 7º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o 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.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 30. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será concedido um período de tolerância de 30 (trinta) dias, durante o qual a cobertura permanecerá vigente. Após esse prazo, se não houver o pagamento do prêmio devido, a cobertura será suspensa, não havendo direito à indenização para sinistros ocorridos durante o período de suspensão.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora exclusivamente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da efetiva quitação do prêmio em atraso.

§ 2º. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

§ 3º. Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensa por 3 (três) vezes.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 31. Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser pago no período especificado para reabilitação das coberturas constante no § 1º do artigo 30, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo Único. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 32. O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 33. Caso o segurado tenha optado em realizar o pagamento do primeiro prêmio via pix, o seguro será cancelado se não houver a efetivação do mesmo no prazo de 13 dias contados da data do aceite pela Seguradora.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 34. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 16 destas condições gerais.

Art. 35. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

a) automaticamente com o cancelamento da apólice;

b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;

c) com a morte do segurado principal;

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;

e) no caso de cessação da condição de dependente;

f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos; ou

g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 36. O segurado deve agir de forma prudente e não praticar atos que aumentem desnecessariamente o risco coberto. A seguradora poderá avaliar a situação conforme as regras previstas nesta Condição Geral e na Lei 15.040.

§1º. O segurado deve responder de forma verdadeira e completa todas as informações pedidas pela seguradora na análise da proposta.

§2º. Se houver omissão ou informação falsa, incorreta ou inexata de forma intencional (com dolo), é perdido o direito à garantia. Nesse caso, será preciso pagar o prêmio devido e ressarcir as despesas da seguradora.

§3º. Se a omissão ou a informação falsa, incorreta ou inexata não ocorrer de forma intencional (culposa), a seguradora paga apenas uma parte da indenização, descontando proporcionalmente da indenização o prêmio que deveria ter sido pago.

§4º. Se a informação que não foi revelada tornar o risco impossível de se garantir ou se for um tipo de risco que a seguradora não aceita, o seguro será cancelado, e o segurado deverá ressarcir as despesas da seguradora.

Art. 37. O segurado deve comunicar à seguradora qualquer informação relevante que venha a conhecer e que seja essencial para avaliar corretamente o risco durante o período de análise da proposta. Essa comunicação não pode ser utilizada pela seguradora para reduzir direitos, restringir a cobertura ou cobrar prêmio adicional, exceto quando previsto nesta cláusula desta condição geral, conforme regras da lei 15040.

18) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 38. Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 39. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 40. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

§ 1º. **A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

§ 2º. Para a regulação do evento coberto, a seguradora poderá solicitar documentos complementares apenas uma vez, neste caso justificando o pedido.

§ 3º. Nos seguros em que o capital segurado exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, a seguradora poderá solicitar documentos complementares duas vezes, em ambos os casos será necessário justificar o pedido.

Art. 41. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. 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.

§ 3º. 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.

Art. 42. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 43. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e 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.

Art. 44. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 37, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

Parágrafo único. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 24, independentemente de notificação ou interpelação judicial, sendo o pagamento feito de uma só vez juntamente com os demais valores do contrato.

Art. 45. As indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

§ 1º. A indenização referente à cobertura de Morte poderá ser paga sob a forma de renda certa, desde que tenha havido solicitação expressa do Segurado neste sentido.

§ 2º. No caso de pagamento sob a forma de renda certa, no momento do pagamento da indenização, as partes contratantes deverão observar o valor da renda mínima inicial definido no Contrato. Caso o capital segurado contratado não atinja o valor mínimo estabelecido para a renda, a indenização será paga de uma única vez.

§ 3º. A transformação do Capital Segurado em renda mensal por prazo certo será feita de acordo com a metodologia descrita na Nota Técnica Atuarial e com a taxa de juros de 6% a.a..

§ 4º. A renda mensal será, a partir da data de sua concessão, atualizada anualmente, com base no índice estabelecido no plano, e acrescida do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 46. São obrigações do estipulante/subestipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio de seguro no documento de cobrança, bem como a seguradora responsável pelo risco;

e) repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

g) 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;

h) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;

i) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

j) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.47. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

Art. 48. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 49. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 50. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 51. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

Art. 52. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 53. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 54. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 55. A Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Mag Seguros, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em https://mag.com.br/atendimento/ajuda/politica-de-privacidade

Art. 56. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21) FORO

Art. 57. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput deste artigo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

§ 2º. As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível e Adiantamento por Doença Terminal não se acumulam com a cobertura de Morte.

§ 3º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

g) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulante/subestipulante: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

i) cópia da carteira de identidade e CPF;

j) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

k) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:
DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

§ 2º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – VÍTIMA DE CRIME

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O ato de crime contra a vida do segurado será caracterizado, conforme as definições do Código Penal Brasileiro, nas seguintes modalidades:

- homicídio simples;
- homicídio qualificado;
- homicídio culposo; e
- aborto provocado por terceiro.

§ 2º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

§ 3º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente - vítima de crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3°. Além dos riscos excluídos constantes das Condições Gerais, considera- se também como risco excluído o ato de crime perpetrado por parentes até 4º. grau do segurado e/ou do beneficiário. Entende-se como parente até 4º. grau, o cônjuge ou companheiro (a), os ascendentes, descendentes e colaterais, tais como: filhos, netos, bisnetos, pais, irmãos, avós, bisavós, tios, sobrinhos, tios avós, primos e sobrinhos neto do segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

i) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

j) cópia da carteira de identidade e CPF;

k) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

l) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

m) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

n) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

o) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. A cobertura de IPA deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. 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% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. 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).

§ 5º. 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.

§ 6º. 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.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 2º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, o grau de redução funcional será calculado, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 4º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 5º. 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.

§ 6º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 7º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPTA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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	100
	Perda total do uso de uma das mãos	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
	Perda total da visão de um olho	100
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	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	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. 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% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. 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).

§ 5º. 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.

§ 6º. 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.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do

Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – VÍTIMA DE CRIME

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa, ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O ato de crime contra a vida do segurado será caracterizado, conforme as definições do Código Penal Brasileiro, nas seguintes modalidades:

- tentativa de homicídio simples;
- tentativa de homicídio qualificado;
- tentativa homicídio culposo;
- aborto provocado por terceiro; e
- lesão corporal de natureza grave.

§ 2º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12

PARCIAL DIVERSAS	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. 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% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. 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).

§ 5º. 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.

§ 6º. 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.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos excluídos constantes das Condições Gerais, considera-se também como risco excluído o ato de crime perpetrado por parentes até 4º. grau do segurado e/ou do beneficiário. Entende-se como parente até 4º. grau, o cônjuge ou companheiro (a), os ascendentes, descendentes e colaterais, tais como: filhos, netos, bisnetos, pais, irmãos, avós, bisavós, tios, sobrinhos, tios avós, primos e sobrinhos neto do segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 5°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, correspondente à antecipação do capital segurado contratado para a cobertura de morte, em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo Único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença;

b) **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;

c) **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave";

h) **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;

i) **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;

j) **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

k) **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;

l) **Deambular:** Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;

m) **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;

n) **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

o) **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

p) **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

q) **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

r) **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

s) **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;

t) **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;

u) **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

v) **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

w) **Etiologia:** Causa de cada doença;

x) **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

y) **Hígido:** Saudável;

z) **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

aa) **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ab) **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ac) **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ad) **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

ae) **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

af) **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

aq) **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

ah) **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURA

Art. 3º. 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 art. 12 destas condições especiais.

Art. 4°. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

Art. 5º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

§ 1º. O 1° 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.

§ 2º. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Art. 7°. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 8°. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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 e ou psíquica causada por acidente pessoal; e

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

5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicoprivadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

Art. 10. 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.

6) CAPITAL SEGURADO

Art. 11. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 12. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

b) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). 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 nos arts. 4, 5 e 6 destas condições especiais;

c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

e) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

f) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

g) Relatório do médico assistente do segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o 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 autonômicas do segurado.

h) 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 incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

i) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

Art. 13. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

7) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 14. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 15. O próprio segurado será o beneficiário.

ANEXO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

Atributos	Escalas	Pontos
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de 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	1° 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
	2° grau: o segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° grau: o segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° grau: o segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° 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

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

§ 2º. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) Agravo Mórbido: Piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave";

h) Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;

i) Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;

j) Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

k) Dados Antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;

l) Deambular: Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;

m) 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;

n) Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

o) Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

p) Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

q) Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

r) Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

s) **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;

t) **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;

u) **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

v) **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

w) **Etiologia:** Causa de cada doença;

x) **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

y) **Hígido:** Saudável;

z) **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

aa) **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ab) **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ac) **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ad) **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

ae) **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

af) **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

aq) **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

ah) **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURA

Art. 3º. 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 art. 12 destas condições especiais.

Art. 4°. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença:**

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

Art. 5º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

§ 1º. O 1° 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.

§ 2º. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7°. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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 e ou psíquica causada por acidente pessoal; e

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

5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 8º. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicoprivadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

Art. 9º. 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.

6) CAPITAL SEGURADO

Art. 10. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 11. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

b) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). 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 nos arts. 4, 5 e 6 destas condições especiais;

c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

e) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

f) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

g) Relatório do médico assistente do segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o 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 autonômicas do segurado.

h) 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 incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

i) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. **Associação ou Sindicato:** Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. **Sócio ou prestador de serviço:** Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. **Demais estipulantes/subestipulantes:** cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 12. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Art. 13. Com o recebimento da indenização por invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro estará automaticamente cancelado.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 14. O próprio segurado será o beneficiário.

ANEXO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

Atributos	Escalas	Pontos
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de 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	1° 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
	2° grau: o segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° grau: o segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° grau: o segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° 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

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela Mongeral Aegon, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2°. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Esta cobertura poderá ser contratada de forma individual, somente com cobertura para o segurado principal ou poderá haver a inclusão de dependentes de forma facultativa sendo estes dependentes o cônjuge, filhos, pais e sogros, sem limite de idade.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA MONGERAL AEGON):

PLANO LUXO (Este plano contempla todas as assistências com valor até R$ 5.500,00):

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla

Arranjo de flores no livro de presença	01(um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Limitado até 1000 km (mil quilômetros)
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Limitado a 1000 km (mil quilômetros)
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO SUPER LUXO:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Locação de sala para velório Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado

Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Ilimitado
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO ESSENCIAL:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado

Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	01 (uma) coroa de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PLUS:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional e internacional, limitado à América do Sul.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias

Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional, limitado à América do Sul.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PREMIUM:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	**Urna Padrão Luxo** Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	03 (três) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla

Velas	Contempla
Traslado do corpo	Abrangência: Nacional Limitação KM: ilimitado.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional. Limitação KM: ilimitado.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla
Funeral do Pet	01 (um) animal doméstico (cão ou gato); 01 acionamento por vigência; Limite de até R$ 600,00 (seiscentos reais)

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e

e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 5°. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF;

h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

i) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6°. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela Mongeral Aegon nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela Mongeral Aegon, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2°. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de morte.

§ 3°. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Esta cobertura poderá ser contratada de forma individual, somente com cobertura para o segurado principal ou poderá haver a inclusão de dependentes de forma facultativa sendo estes dependentes o cônjuge, filhos, pais e sogros.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA MONGERAL AEGON):

PLANO LUXO (Este plano contempla todas as assistências com valor até R$ 5.500,00):

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla

Arranjo de flores no livro de presença	01(um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Limitado até 1000 km (mil quilômetros)
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Limitado a 1000 km (mil quilômetros)
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO SUPER LUXO:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Locação de sala para velório Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla

Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Ilimitado
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO ESSENCIAL:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.

Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	01 (uma) coroa de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PLUS:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.

Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional e internacional, limitado à América do Sul.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional, limitado à América do Sul.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PREMIUM:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	**Urna Padrão Luxo** Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	03 (três) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Abrangência: Nacional Limitação KM: ilimitado.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla

Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional. Limitação KM: ilimitado.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla
Funeral do Pet	01 (um) animal doméstico (cão ou gato); 01 acionamento por vigência; Limite de até R$ 600,00 (seiscentos reais)

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e

e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 5°. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

ii. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

iii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF;

h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

i) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6°. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela Mongeral Aegon nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado, correspondente a antecipação de percentual do capital segurado contratado para a cobertura de morte, quando o segurado se encontrar com doença em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Considera-se doença em estágio terminal, àquela 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, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado.

§ 2º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

§ 3º. Quando da ocorrência da morte do segurado, será descontado o valor pago para a cobertura de Doença Terminal.

Art. 2°. Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro, e após o período de carência.

Art. 3°. Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso do segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

a) Doença Cardíaca Grave;

b) Doença Pulmonar Grave;

c) Doença Renal Grave;

d) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);

e) Paralisia Irreversível e Incapacitante;

f) Doença Neoplásica Maligna.

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

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

3.c. Doença Renal Grave: Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

3.d. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS): conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm3 ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

3.e. Paralisia Irreversível e Incapacitante: perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

3.f. Doença Neoplásica Maligna ou Câncer: é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Art. 4°. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

Art. 5°. Se o segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente a esta cobertura, a cobertura para a Doença em estágio terminal estará extinta, independente da renovação do seguro.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica que deverá vir acompanhada do histórico da patologia , do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

§ 1º. A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado.

§ 2º. O percentual de antecipação será definido na proposta de contratação.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiáriodeverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevida do segurado;

e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da doença;

f) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 8°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL E REALOCAÇÃO DE PESSOAL POR MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado principal ao estipulante/subestipulante de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, estabelecido na proposta de contratação, referente às despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o estipulante/subestipulante e o segurado principal, bem como as despesas com realocação de pessoal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser contratada para sócios, prestadores de serviço e estagiários.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

i) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;;

j) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

k) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

l) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. O beneficiário será o estipulante/subestipulante com o qual o segurado principal mantenha vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, referente à eventuais despesas caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

g) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulante/subestipulante: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

i) cópia da carteira de identidade e CPF;

j) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

k) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte por acidente, referente à eventuais despesas caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte por acidente a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura tem como objetivo, em caso de falecimento do segurado principal, auxiliar no custeio das despesas havidas com alimentação da família do segurado com o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado estipulado a esta garantia, limitado a um percentual da cobertura de morte, que será estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo único. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pelo recebimento do capital segurado em gêneros alimentícios por uma empresa terceirizada, indicada pela Mongeral Aegon, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS-

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF;

h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

i) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

j) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

k) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

i) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

j) cópia da carteira de identidade e CPF;

k) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

l) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento;

m) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

n) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

o) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia de pagamento de uma indenização ao segurado principal, quando ocorrer o nascimento de seu filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá futuramente exercer atividade remunerada, comprovada por documentação médica pertinente, durante o período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Doenças congênitas são as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por má formações anatômicas, *presentes no nascimento*, diagnosticadas e comprovadas como congênitas por uma declaração de médico assistente especialista.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data de nascimento do filho com doença congênita do segurado principal.

§ 1º. Para efeito de grupo segurado serão considerados apenas os filhos legítimos do segurado recém nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado.

§ 2º. Em caso de nascimento de mais de uma criança no mesmo parto, e constatada a doença para mais de um filho, o beneficiário receberá 100% do capital segurado para cada filho nascido vivo com a doença constatada.

3) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, se contratada, a carência será de 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência do seguro, o que for menor, contados a partir do início da vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses ou metade do prazo de vigência do seguro, o que for menor, contados do início de vigência do risco individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos os abaixo especificados:

a) eventos decorrentes de procedimentos não recomendados pelo médico assistente durante o período de gestação;

b) malformações congênitas decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

c) eventos decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e

Parágrafo único. Não será devida indenização em caso de natimortos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 5°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiáriodeverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado principal;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado principal;

c) cópia autenticada da certidão de casamento ou da certidão de união estável com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;

d) cópia autenticada da certidão de nascimentos do(s) filho(s);

e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

f) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;

g) exame e laudos que indiquem a doença congênita do(s) filho(s);

h) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 6°. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 7°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO – HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

§ 1º. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha do segurado, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao segurado, sendo que neste último caso o segurado deverá fazer a opção de forma expressa.

Estão abrangidas por esta cobertura, as despesas com medicamentos e exames complementares decorrentes dos atendimentos por acidentes cobertos e reembolsados por esta seguradora.

§ 2º. Não estão abrangidas, na cobertura de despesas médico – hospitalares e odontológicas por acidente, as despesas decorrente de:

- **estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas com acompanhantes; e**
- **aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de DMHO a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido;

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) radiografias, se houver;

i) notas fiscais originais das despesas médicas discriminando cada procedimento;

j) cópia autenticada do receituário médico;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 4°. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

Art. 5°. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6°. O beneficiário será aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia dedutível.

§ 1º. Esta cobertura (diária) estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado líquida de I.R.R.F.) dividida por 30 (trinta).

§ 2º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 3º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 4º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 5º. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 6º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

Será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no item anterior.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) **tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**

d) **tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo**

e) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

f) **infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**

g) **lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**

h) **anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**

i) **luxações redicivantes de qualquer articulação;**

j) **instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**

k) **distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**

l) **incapacidade temporária decorrente de síndrome de burnout, também denominada síndrome do esgotamento profissional, resultante de estresse crônico no trabalho que não tenha sido adequadamente gerenciado;**

m) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;**

n) **laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**

o) **doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras;**

p) **lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias;**

q) **Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.);**

r) **gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;**

s) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e**

t) **doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**

Art. 5°. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

4) FRANQUIA

Art. 6°. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 7°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado.

Art. 8°. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto será de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Art. 9°. Caso sejam contratados os limites de diárias 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, o número máximo de diárias a serem pagas será de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 10. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;

g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;

h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e

l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s);

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 11. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada a franquia dedutível definida e observado o limite de diárias e as condições gerais e especiais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 30 (trinta), 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

§ 1º. Esta cobertura (diária) estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado líquida de I.R.R.F. dividida por 30 (trinta).

§ 2º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 3º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária por acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 4º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária por acidente, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 5º. As indenizações de diária por incapacidade temporária por acidente não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 6º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3°. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

d) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

e) luxações recidivantes de qualquer articulação;

f) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;

h) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias; e

i) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.).

Art. 4°. 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, o estado de invalidez permanente.

3) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Art. 7°. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento cobertoserá de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;

g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;

h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e

l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 9°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecido período de carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

j) angioplastia, endarterectomia, embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

q) internação domiciliar;

r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;

s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e

t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

4) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia simples de 2 (dois) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 2 (dois) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 2 (dois) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada franquia definida, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observada a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

b) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

c) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;

e) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

f) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

g) internação domiciliar;

h) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório; e

i) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

3) FRANQUIA

Art. 4°. Será estabelecida franquia simples de 2 (dois) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 2 (dois) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 2 (dois) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 5°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 7°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em riscos cobertos.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2°. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas "Doenças Graves", exclusivamente, os seguintes eventos:

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

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

- **i** História de dores torácicas típicas
- **ii** Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q).
- **iii** Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

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

d) Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass): Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

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

Art. 3°. O beneficiário somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

Art. 4°. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) CARÊNCIA

Art. 5°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 6°. Configuram riscos excluídos da cobertura de Doenças Graves:

I. Câncer:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);

c) 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);

d) Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);

e) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;

f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e

g) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

II. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) 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";e

d) Outras síndromes coronarianas agudas.

III. Acidente Vascular Cerebral Agudo:

a) Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;

b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;

c) Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;

d) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;

e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e

f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

a) Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;

b) Cirurgia tipo "key-hole" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e

c) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 7°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

k) cópia da carteira de identidade e CPF;

l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para as doenças cobertas:

i. Câncer:

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

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

ii. Infarto agudo do miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;

b) cópia dos exames de enzimas cardiácas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

iii. Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e

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

iv. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou angioplastia através de cateterismo cardíaco;

b) laudo de cateterismos cardíaco ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e

c) eletrocardiogramas recentes.

v. Doença de Alzheimer:

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

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

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 9°. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário, caso o segurado venha a se submeter a algum dos transplantes relacionados no artigo 2º destas condições especiais, e desde que seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

2) COBERTURA

Art. 2°. Para fins desta cobertura entende-se como Transplante de Órgãos a recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: coração, fígado, córnea, rim ou medula óssea.

Art. 3°. A realização do transplante deverá ser comprovada por laudo médico, emitido por dois médicos especialistas na patologia em questão.

Parágrafo Único. Não serão aceitos como médico especialista o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Art. 4°. Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à seguradora, não havendo em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 5°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado.

4) CARÊNCIA

Art. 6°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7°. Não estão cobertos por esta garantia os seguintes casos:

a) Auto-transplantes;

b) Transplantes não especificados no artigo 2º;

c) Transplantes diagnosticados anteriormente ao cumprimento do prazo de carência; e

d) Transplante decorrentes de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;

d) laudo médico, emitido por dois médicos habilitados especialistas na patologia em questão, confirmando o transplante como único recurso capaz de recuperar o órgão afetado;

e) exames complementares realizados, comprovando a realização do transplante ou relatório da cirurgia utilizada;

f) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

h) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

i) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

j) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 9°. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado na hipótese de constatação de invalidez total e permanente do Segurado decorrente direta e exclusivamente de doença profissional relacionada à sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e nas presentes Condições Especiais, observadas, ainda, as demais Condições Contratuais do seguro, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de morte.

§ 1º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 16 (dezesseis) anos;

§ 2º. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) **Doença Profissional:** Doença produzida ou desencadeada diretamente pelo exercício do trabalho e que conste da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

b) **Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional:** Invalidez para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação do Segurado para o exercício de sua atividade laborativa principal através dos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação;

c) **Atividade Laborativa Principal:** Atividade regulada pelo contrato de trabalho entre o Segurado e o Estipulante da Apólice, considerando ainda ter o Segurado obtido a maior renda durante a vigência de sua respectiva cobertura individual.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3°. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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 e ou psíquica causada por acidente pessoal;**

b) **doença profissional cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**

c) **doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione;**

d) **doença profissional que não produza Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional, conforme definição na alínea a) do art 2º destas Condições Especiais; e;**

e) **doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva e não se relacione à doença profissional.**

4) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL

Art. 4º. A Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional deve ser comprovada por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez em decorrência de doença profissional, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

Art. 5º. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicoprivadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez permanente e total por doença profissional.

Art. 6º. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.

Art. 7º. Não haverá garantia desta Cobertura para doenças profissionais diagnosticadas e/ou com data de início de tratamento anterior à inclusão do segurado no seguro e ao início de vigência da cobertura individual.

Art. 8º. Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa, e, caso tenham sido indevidamente incluídas no seguro, os prêmios recolhidos concernentes a esta garantia serão reembolsados pela Seguradora tão logo disto se torne conhecimento.

Art. 9º. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional do Segurado, e tendo sido requerido o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura por Morte, nos termos destas Condições Especiais, uma vez pago o Capital contratado, o Segurado será imediatamente e automaticamente excluído do seguro.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 10. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez total e permanente por doença profissional será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 11. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

b) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional (data do sinistro).

c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

e) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), quando houver, ou comprovação da atividade exercida;

f) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença Profissional, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) Relatório do médico assistente do segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

- detalhando o 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 autonômicas do segurado.

i) 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 incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

j) Comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

Art. 12. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente e Total por Doença Profissional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Art. 13. Com o recebimento da indenização por invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro estará automaticamente cancelado.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 14. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA OU ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento da antecipação da cobertura de morte (MQC), ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença ou Acidente, comprovada através de declaração médica, que o impeça de exercer sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e nas presentes Condições Especiais, observadas, ainda, as demais Condições Contratuais do seguro.

§ 1º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 16 (dezesseis) anos;

§ 2º. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

§ 3º. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

§ 4º. 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.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

a) **Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença:** Invalidez para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação do Segurado para o exercício de sua atividade laborativa principal através dos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação;

b) **Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente:** Incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, que impeça de forma permanente de atuar na atividade principal de sua profissão.

c) **Atividade Laborativa Principal:** Atividade regulada pelo contrato de trabalho entre o Segurado e o Estipulante da Apólice, considerando ainda ter o Segurado obtido a maior renda durante a vigência de sua respectiva cobertura individual.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, os abaixo especificados:

a) **quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

b) **acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**

c) **doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione;**

d) **doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva e não se relacione à doença profissional;**

e) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;**

f) **perda de dentes e danos estéticos;**

g) **prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre;**

h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

i) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

j) de estresse, incluídos "burnout", e depressão;

k) de tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências, incluindo órteses e próteses;

l) de tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

m) de complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;

n) as doenças cuja evolução natural tenha sido agravadas por traumatismos;

o) exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

p) invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado;

q) de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

r) de tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências.

4) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA E ACIDENTE

Art. 4º. A Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença ou Acidente deve ser comprovada por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez em decorrência de doença ou acidente, que impeça as atividades laborativas do Segurado, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

Art. 5º. 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 permanente e total por doença profissional.

Art. 6º. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.

Art. 7º. Não haverá garantia desta Cobertura para doenças diagnosticadas e/ou com data de início de tratamento anterior à inclusão do segurado no seguro e ao início de vigência da cobertura individual. O mesmo valerá para acidentes ocorridos com data anterior ao início de vigência da cobertura individual e inclusão do Segurado no seguro.

Art. 8º. Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que **não exerçam atividade laborativa**, e, caso tenham sido indevidamente incluídas no seguro, os prêmios recolhidos concernentes a esta garantia serão reembolsados pela Seguradora tão logo disto se torne conhecimento.

Art. 9º. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença ou Acidente, e tendo sido requerido o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura por Morte, nos termos destas Condições Especiais, uma vez pago o Capital contratado, o Segurado será imediatamente e automaticamente excluído do seguro.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 10. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença ou Acidente será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 11. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

b) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;

c) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;

d) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

e) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

f) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), quando houver, ou comprovação da atividade exercida;

g) Declaração Médica de Invalidez por Doença ou Acidente, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

i) Relatório do médico assistente do segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o 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 atividades laborativas do segurado.

j) 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 incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

k) Comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra- cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Art. 12. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença ou Acidente são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença ou Acidente, esta permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Art. 13. A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença ou Acidente (ILPDA) será cancelada quando houver pagamento de indenização por umas das duas causas.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 16. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA

1) OBJETO

1.1. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e nas presentes Condições Especiais, observadas, ainda, as demais Condições Contratuais do seguro.

- Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 18 (dezoito) anos;

2) DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura, estão cobertas as fraturas de ossos, conforme definidas abaixo:

- **Fratura Completa:** Rompimento do osso de uma extremidade até a outra;
- **Fratura Complexa:** Fratura exposta ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão;
- **Fratura de Colles:** Fratura no osso rádio em nível do pulso;
- **Fratura Múltipla:** Mais de uma fratura ocorrida no mesmo caso.

3) COBERTURA

3.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea relacionada a acidentes pessoais cobertos e conforme tabela definida abaixo.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE FRATURA ÓSSEA

Tabela de Lesões Cobertas Fratura Óssea	% Sobre o Capital Segurado a ser Indenizado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve	80%
Crânio	50%
Vértebra Cervical	100%
Fêmur, Calcâneo, Úmero, Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula, Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	35%
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	15%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do corpo)	12%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)	5%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

3.2. Após a alta médica definitiva do Segurado em virtude de tratamento hospitalar decorrente exclusivamente de fratura óssea, a Seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado, de acordo com o percentual previsto na Tabela de Lesões Cobertas para Fratura Óssea acima definida, desde que haja relação direta entre a fratura óssea e o acidente pessoal coberto, conforme descrito nas presentes condições especiais.

3.3. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito no Conselho Federal de Medicina e evidenciado pelos exames radiológicos das fraturas, além de relatório devidamente preenchido constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado.

3.4. A indenização por fratura óssea será calculada pela aplicação do percentual previsto para a lesão coberta de fratura óssea sofrida sobre o valor do Capital Segurado contratado para a referida cobertura. Quando do mesmo acidente resultar a fratura de mais de um osso, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo osso, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a 100% (cem por cento) da indenização.

3.5. A indenização por morte e fratura óssea não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por fratura óssea, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente da indenização por morte, deve ser deduzida a importância já paga por fratura óssea.

3.6. Na ocorrência de fratura óssea, a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

4) CAPITAL SEGURADO

4.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

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. O capital segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura, serão de acordo com os percentuais aplicados sobre o valor do capital segurado, definido na tabela de Lesões Cobertas de Fratura Óssea.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, excluem-se desta garantia, as ocorrências decorrentes de:

a) Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);

b) Fraturas patológicas provenientes de tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Fratura Óssea acidental ocorrida como um resultado de doenças ou lesões préexistentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data de assinatura da mesma;

e) Acidentes ocorridos em consequência de eventos causados exclusivamente pela não utilização, por parte do Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

f) Acidentes ocorridos em consequência de autolesão;

g) Acidentes ocorridos antes do contrato de seguro;

h) Acidentes causados acidentalmente por minas, bombas, torpedos e outros engenhos explosivos ou incendiários, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário;

j) Fabricação ou manipulação de equipamentos ou substâncias tóxicas, produtos químicos, plataformas de perfuração, inflamáveis ou explosivos e mineração, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Cópia completa do prontuário médico, inclusive do Boletim do primeiro atendimento médico (imediatamente após o acidente);

c) Radiografia e laudo radiológico, comprovando a fratura óssea;

d) Cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

g) Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 1. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES ESPECIAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de uma das doenças especificadas e caracterizadas adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas abaixo, adquiridas durante o período cobertura e, se e somente se, o segurado sobreviver por 30 (trinta) dias corridos após a data do primeiro diagnóstico, observado o período de carência descrito no art. 8o. e os riscos excluídos:

§ 1º. Para fins desta cobertura, serão consideradas como doenças graves as seguintes patologias:

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

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

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

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

d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular nas Artérias Coronarianas (Bypass): realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

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

f) Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

h) **Perda da Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

i) **Perda da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

j) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

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

Art. 3°. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) CARÊNCIA

Art. 4°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5°. Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

I – Câncer:

a) **Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);**

b) **Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;**

c) **Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet;**

d) **Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1 a, N0, M0);**

e) **Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;**

f) **Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;**

g) **Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;**

h) **Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;**

i) **Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;**

j) **Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;**

k) **Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;**

l) **Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;**

m) **Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia;**

II – Acidente Vascular Cerebral Agudo:

n) **ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;**

o) hemorragia cerebral causada por acidentes;

p) hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;

q) obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;

r) sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

s) angina do peito incluindo angina estável e instável;

t) angina decúbito;

u) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";

v) outras síndromes coronarianas agudas;

IV – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular nas Artérias Coronarianas (Bypass):

w) angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;

x) cirurgia tipo "key-hole"(quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos);

y) quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas;

V – Doença de Alzheimer:

z) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência;

VI – Insuficiência Renal Crônica:

aa) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

VII – Perda da Visão:

bb) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

i. doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;

ii. cegueira de origem central (sistema nervoso central).

VIII – Perda da Audição:

cc) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

i. surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);

ii. doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;

IX – Perda da Fala:

dd) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

i. mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);

ii. perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

X – Transplante de Órgãos:

ee) qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados na alínea "j" do art. 4º;

XI – Paralisia:

ff) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

i. qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;

ii. paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;

iii. a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada como primeiro diagnóstico pelo médico assistente em laudo médico ou exame complementar específico.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas.

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contraCheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

Para as doenças cobertas:

I – Câncer:

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

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

II – Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e

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

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular nas Artérias Coronarianas (Bypass):

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco;

b) laudo do cateterismos cardíaco ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e

c) eletrocardiogramas recentes.

V – Doença de Alzheimer:

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

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

VI – Insuficiência Renal Crônica:

a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

VII – Perda da Visão:

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

VIII – Perda da Audição:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a surdez total e bilateral, acompanhado de laudo de audiometria ratificando a mesma. Informar a data da caracterização da irreversibilidade no quadro.

IX – Perda da Fala:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a perda total e irreversível da fala e informando sua etiologia e a data da sua caracterização.

X – Transplante de Órgãos:

a) laudo do médico assistente comprovando a falência do órgão a ser transplantado, a data da sua caracterização e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

XI – Paralisia de Membros:

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

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo único. Caso ocorra a morte do segurado após o aviso do sinistro à seguradora e, se esta ocorrer após o período de sobrevivência estabelecido, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

j) angioplastia, endarterectomia. embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

q) internação domiciliar;

r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;

s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e

t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

4) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia simples de 4 (quatro) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 4 (quatro) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 4 (quatro) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL – UTI

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar na UTI comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

j) angioplastia, endarterectomia. embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

q) internação domiciliar;

r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;

s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e

t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

4) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia simples de 4 (quatro) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 4 (quatro) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 4 (quatro) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL – FRANQUIA EM HORAS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 10 (dez) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

j) angioplastia, endarterectomia. embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

q) internação domiciliar;

r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;

s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e

t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

4) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia simples de 12 (doze) horas, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 12 (doze) horas não serão pagos e eventos com prazos superiores a 12 (doze) horas serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – ESPECIAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 30 (trinta), 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia dedutível.

§ 1º. Esta cobertura (diária) estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado líquida de I.R.R.F.) dividida por 30 (trinta).

§ 2º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 3º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 4º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 5º. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 6º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) CARÊNCIA

Art. 3°. Para esta cobertura, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de:

- lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- qualquer tipo de hérnia e suas consequências
- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática;

– doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras; e

– lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias.

Será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no item anterior.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

i) luxações recidivantes de qualquer articulação;

j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

k) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

m) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

n) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras;

o) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;

p) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e

q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

Art. 5°. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

4) FRANQUIA

Art. 6°. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 7°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado.

Art. 8°. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto será de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Art. 9°. Caso sejam contratados os limites de diárias 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, o número máximo de diárias a serem pagas será de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de:

- lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias;
- qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 10. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

n) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

o) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

p) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

q) Formulário "Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

r) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

s) Atestado Médico original comprovando o afastamento;

t) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;

u) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

v) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

w) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

x) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e

y) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s);

z) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 11. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento, ao beneficiário, de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Ao atingir 80 (oitenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) COBERTURA

Art. 2°. Esta cobertura garante o pagamento de percentual do capital segurado contratado, limitado a 100%, em decorrência de realização de procedimento cirúrgico, listado no Anexo I, por médico especializado.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser por motivo de acidente pessoal ou doença, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Em caso de múltiplos procedimentos ou patologia incluídos em dois itens da listagem do Anexo I, realizados durante um período contínuo de internação hospitalar, ou durante o mesmo tempo cirúrgico, só será pago o capital segurado correspondente à cirurgia coberta de maior valor, ou apenas uma delas, se os valores forem iguais.

§ 3º. Se houver indicação de mais de um procedimento cirúrgico coberto para o tratamento da mesma patologia, ou para correção de sequelas, o conjunto de procedimentos médico-cirúrgicos será considerado como um só, para efeitos da fixação do valor da indenização para aquele evento médico, e será adotado o valor do maior capital segurado envolvido.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da cirurgia.

§ 1º. O capital segurado será reintegrado após cada evento coberto, respeitando o limite de 2 procedimentos por eventos diferentes durante a vigência individual do seguro.

§ 2º. Os valores de Capital Segurado com os respectivos Procedimentos Cirúrgicos Cobertos estão listados no "Anexo I" destas Condições Gerais.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. Para esta cobertura, será estabelecido período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador for por causa de doenças relacionadas aos seguintes órgãos ou estruturas anatômicas: amígdalas, adenoides, coluna vertebral, coleciste, cálculos da vesícula biliar e dutos biliares, hemorroidas, fissura anal, fístula anal e prolapso retal, fibromas de útero, histerectomia, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso mitral cystocel e prolapso retocele, tumoração ou nódulo em glândulas mamárias, hidrocele, varicocele e espermatocele, crescimento da próstata, cirurgias de joelho, cálculos urinários, cálculo renal, cálculo em ureteres, cálculo em uretra o bexiga, hérnias internas ou da parede abdominal (o período de carência não se aplicará a hérnias inguinais causadas por um acidente), tireoidectomia por bócio multinodular ou nódulo tireoidiano, desvio do septo nasal, sinusites e valvas cardíacas e doenças das artérias coronárias.

Será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador não esteja previsto no item anterior.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de Cirurgias, os abaixo especificados:

a) condições congênitas;

b) procedimentos cirúrgicos por tentativa de suicídio ou lesão auto infligida nos dois (2) primeiros anos de vigência, ou renovação do contrato, quando suspenso, contados a partir do início do período de seguro;

c) doença mental, nervosa ou senil, tratamento psiquiátrico ou psicológico, transtornos mentais, epilepsia, histeria, neurose ou psicose, estresse, bulimia, anorexia, estados de depressão psíquica nervosa ou Alzheimer;

d) procedimentos diagnósticos como biópsias;

e) cirurgias relacionadas à maternidade, aborto, parto, parto normal, cesárea e/ou suas complicações;

f) cirurgia fetal;

g) controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, disfunção erétil, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis;

h) cirurgias cosméticas, estéticas, plásticas e/ou reconstrutivas e quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente coberto pela apólice;

i) tratamento ou cirurgias dentárias, extração alveolar, gengival e dentária;

j) procedimentos relacionados à obesidade mórbida, redução de peso, mudança de sexo, esterilização, calvície e impotência sexual;

k) consumo, diagnóstico, tratamento médico ou cirúrgico e/ou suas complicações em relação a tabagismo, alcoolismo ou dependência de drogas;

l) procedimentos relacionados ao tratamento de diálise e insuficiência renal;

m) tratamentos médicos ou cirúrgicos destinados a corrigir miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia e catarata;

n) cirurgias relacionadas ao nariz e/ou seios paranasais, exceto aquelas resultantes de um acidente coberto pela apólice;

o) tratamento ambulatorial (qualquer consulta médica ou cirúrgica, investigação ou procedimento realizado que não exija o uso de uma sala e cirurgia);

p) cirurgia para coleta de órgãos ou tecidos;

q) qualquer transplante realizado como doador;

r) cirurgia a laser;

s) cirurgia para remover material implantado em uma cirurgia anterior;

t) procedimentos experimentais;

u) internações/ cirurgias não clinicamente necessárias;

v) transplante de células-tronco, células das ilhotas do pâncreas, assim como qualquer outro transplante que não seja do coração, pulmão, fígado, rim ou pâncreas;

w) procedimentos endovasculares;

x) biópsia pulmonar;

y) cirurgia percutânea ou infiltrações no disco intervertebral;

z) tumores descritos histologicamente como benignos, pré-cancerígenos potencialmente malignos ou pouco cancerígenos ou não invasivos;

aa) biópsia cerebral ou cirurgia da glândula pituitária;

bb) diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos não legalmente qualificados; e;

cc) qualquer procedimento diferente daqueles listados sob o "Anexo I".

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) aviso de sinistro;

c) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

e) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado;

f) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e

g) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 7°. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

ANEXO I – LISTA CIRURGIAS

Código SUS	Código TUSS	Procedimento	Valor
401020029	30101336	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO	10,00%
401020037	30101336	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	10,00%
401020088	31009042	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	10,00%
401020100	30101468	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	10,00%
401020118	30101336	HOMOENXERTIA (ATO CIRURGICO PRE E POS-OPERATORIO)	10,00%
401020126	30101360	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	10,00%
401020134	30101379	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL	10,00%
401020169	30101344	TRATAMENTO EM ESTAGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA	10,00%
402010019	30213029	EXTIRPACAO DE BOCIO INTRATORACICO POR VIA TRANSESTERNAL	10,00%
402010027	30214025	PARATIREOIDECTOMIA	10,00%
402010035	30213037	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	10,00%
402010043	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL	10,00%
402010051	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10,00%
402020014	31101038	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL	10,00%
402020022	31101038	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL	10,00%
403010012	30207037	CRANIOPLASTIA	10,00%
403010020	30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	20,00%
403010039	30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	20,00%
403010047	31401295	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	20,00%
403010055	31401066	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TECNICA COMPLEMENTAR)	20,00%
403010063	31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	20,00%
403010071	31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20,00%
403010098	31401058	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	20,00%
403010101	31401236	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	20,00%
403010110	30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	10,00%
403010128	31401031	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA	20,00%
403010136	30715350	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	20,00%
403010144	30210011	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	20,00%
403010152	30204038	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	10,00%
403010195	31401295	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	20,00%
403010241	30501202	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	20,00%
403010250	31401260	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	10,00%
403010268	30209056	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	10,00%
403010276	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	20,00%

403010284	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	20,00%
403010292	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20,00%
403010306	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	20,00%
403010322	30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	10,00%
403010365	31401082	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA	10,00%
403010390	30715083	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	10,00%
403020018	31403093	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)	10,00%
403020026	31403042	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (ÚNICO NERVO)	10,00%
403020034	31403123	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	10,00%
403020042	31403174	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	10,00%
403020050	31403123	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	10,00%
403020069	31403255	MICRONEURORRAFIA	10,00%
403020085	31403263	NEURORRAFIA	10,00%
403020093	31403123	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	10,00%
403020107	31403352	TRANSPOSICAO DO NERVO CUBITAL	10,00%
403020115	31403360	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	10,00%
403020123	30737079	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	10,00%
403020131	31403115	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO / NEUROMA	10,00%
403030030	31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	20,00%
403030048	31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO	20,00%
403030056	30215030	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO	10,00%
403030080	30715202	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	20,00%
403030099	30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR	20,00%
403030102	30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR	20,00%
403030129	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	20,00%
403030137	30302099	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA	10,00%
403030145	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	20,00%
403030153	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20,00%
403030161	30715202	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	10,00%
403040027	31404014	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	20,00%
403040051	31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL	20,00%
403040060	31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	20,00%

403040078	31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	20,00%
403040086	40813576	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA	20,00%
403040094	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	20,00%
403040108	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR (MAIOR QUE 1,5 CM)	20,00%
403040116	31401171	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	20,00%
403040124	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	20,00%
403050030	31403026	BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFERICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSAO	10,00%
403050057	31401120	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSAO DE FARMACOS	100,00%
403050065	30715067	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO	20,00%
403050111	31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CEU ABERTO	10,00%
403050120	31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR VIDEOCIRURGICA	10,00%
403050138	31403344	SIMPATECTOMIA TORACICA A CEU ABERTO	10,00%
403050146	31403379	SIMPATECTOMIA TORACICA VIDEOCIRURGICA	10,00%
403050154	31405029	TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS	10,00%
403050162	31403166	TRATAMENTO POR ESTERETAXIA DE LESÃO DE ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATATAMENTO DE MOVIMENTOS ANO	20,00%
403060010	31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	20,00%
403060028	31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	20,00%
403060036	31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20,00%
403060044	31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	20,00%
403060060	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA	20,00%
403060079	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20,00%
403060087	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20,00%
403060095	31401252	TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MULTIPLAS EM AREAS ELOQUENTES	20,00%
403070147	40813550	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	20,00%
403080037	31401120	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS	100,00%
403080045	30715067	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	10,00%
403080053	31403387	NEUROTOMIA SUPERSELETIVA PARA MOVIMENTOS ANORMAIS	20,00%
403080061	31404022	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL	10,00%

403080070	31403166	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	10,00%
403080088	31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	10,00%
403080096	31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	20,00%
403080100	31401090	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	50,00%
404010016	30205042	ADENOIDECTOMIA	10,00%
404010024	30205050	AMIGDALECTOMIA	10,00%
404010032	30205026	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	10,00%
404010067	30205018	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	10,00%
404010105	30403030	ESTAPEDECTOMIA	10,00%
404010121	30206065	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	10,00%
404010130	30205174	EXTIRPACAO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	10,00%
404010172	30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL	10,00%
404010180	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL	10,00%
404010199	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL	10,00%
404010210	30403081	MASTOIDECTOMIA RADICAL	10,00%
404010229	30403081	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	10,00%
404010288	30403073	RESSECCAO DE GLOMO TIMPANICO	10,00%
404010385	30402069	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	10,00%
404010407	30501261	TRATAMENTO CIRURGICO DE RINITE CRONICA (OZENA)	10,00%
404010431	30101484	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	10,00%
404010458	30206170	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	10,00%
404010466	30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	10,00%
404010482	30501369	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	10,00%
404010504	30501270	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	10,00%
404010539	30404134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	20,00%
404020038	30202060	CORRECAO CIRURGICA DE FISTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	10,00%
404020046	30210127	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	10,00%
404020070	30204020	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	10,00%
404020089	30204038	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	10,00%
404020119	30201039	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	10,00%
404020143	30202078	GLOSSECTOMIA PARCIAL	10,00%
404020178	30502144	MAXILECTOMIA PARCIAL	10,00%
404020224	30302129	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	10,00%
404020232	30201020	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	10,00%
404020240	30501296	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	10,00%
404020275	30313066	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	10,00%
404020291	30211042	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	10,00%
404020313	30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	10,00%

404020348	30501385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	20,00%
404020356	30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	10,00%
404020380	30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	10,00%
404020399	30210038	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	10,00%
404020429	30302064	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	10,00%
404020453	30208041	OSTEOTOMIA DA MAXILA	10,00%
404020461	30208025	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	10,00%
404020470	30201080	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	10,00%
404020496	30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	10,00%
404020500	30207118	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	10,00%
404020518	30207029	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	10,00%
404020534	30207100	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	10,00%
404020542	30501229	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	10,00%
404020569	30208017	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	10,00%
404020577	30207134	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	10,00%
404020585	30207142	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE.	10,00%
404020607	30207088	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE.	10,00%
404020640	30208122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	10,00%
404020666	30207010	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO SEM OSTEOSSÍNTESE	10,00%
404020690	30208084	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	20,00%
404020704	30207029	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	10,00%
404020720	30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	10,00%
404020739	30208106	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	10,00%
404020771	30202035	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	10,00%
404020780	30208114	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE ANDÍBULA/MAXILA	10,00%
404030033	30208084	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	10,00%
404030050	30208025	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	10,00%
404030068	30205182	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	10,00%
404030084	30202094	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	10,00%
404030157	30201098	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	10,00%
405010036	30313023	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	10,00%
405010117	30313058	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	10,00%
405010133	30301173	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	10,00%
405010150	30313066	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	10,00%

405030096	30308038	SUTURA DE ESCLERA	10,00%
405030118	30301017	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	10,00%
405030134	30307112	VITRECTOMIA ANTERIOR	10,00%
405030142	30307120	VITRECTOMIA POSTERIOR	10,00%
405040016	30301157	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	10,00%
405040024	20104073	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	50,00%
405040040	30302021	DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO	10,00%
405040059	30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA	10,00%
405040067	30309018	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	10,00%
405040075	30309018	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	10,00%
405040083	30302030	EXENTERACAO DE ORBITA	10,00%
405040091	30302056	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	10,00%
405040148	30302137	ORBITOTOMIA	10,00%
405040156	30302110	RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	10,00%
405050011	30306019	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	10,00%
405050135	30310032	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	10,00%
405050143	30304083	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	10,00%
405050216	30303052	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	10,00%
405050224	30301211	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	10,00%
405050232	30305020	RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	10,00%
405050313	30304075	TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	10,00%
406010064	30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	100,00%
406010072	30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	100,00%
406010080	30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	100,00%
406010099	30901049	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR	100,00%
406010110	30917034	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	20,00%
406010137	30906083	CORRECAO DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	100,00%
406010560	30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	100,00%
406010579	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P	100,00%
406010587	30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	100,00%
406010595	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI- SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO PARA EPIMIOCARDICO POR	100,00%
406010609	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100,00%
406010617	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO P/ EPIMIOCARDICO (POR TORACOTO	100,00%
406010625	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	100,00%
406010633	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100,00%
406010641	30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA EPIMIOCARDICO	50,00%
406010650	30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	20,00%

406010668	30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA EPIMIOCARDICO	20,00%
406010676	30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	20,00%
406010684	30904080	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORARIO TRANSVENOSO	10,00%
406010692	30902053	IMPLANTE DE PROTESE VALVAR	100,00%
406010706	30903017	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NAO A REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	50,00%
406010730	30912130	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR	50,00%
406010757	30915040	PERICARDIECTOMIA	20,00%
406010765	30915040	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	20,00%
406010773	30912156	PERICARDIOCENTESE	10,00%
406010803	30902010	PLASTICA VALVAR	50,00%
406010811	30903033	PLASTICA VALVAR C/ EVASCULARIZACAO MIOCARDICA	100,00%
406010820	30902029	PLASTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MULTIPLA	100,00%
406010838	30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA	100,00%
406010846	30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	100,00%
406010854	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	10,00%
406010862	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	10,00%
406010870	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	10,00%
406010889	30901103	RESSECCAO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	100,00%
406010900	30917042	RESSECCAO DE TUMOR INTRACARDIACO	100,00%
406010919	30904110	RETIRADA DE SISTEMA DE ESTIMULACAO CARDIACA ARTIFICIAL	10,00%
406010927	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA	100,00%
406010935	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	100,00%
406010943	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA	50,00%
406010951	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	50,00%
406010960	30917034	TRATAMENTO DE CONTUSAO MIOCARDICA	10,00%
406010978	30917034	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDIACO PERFURO-CORTANTE	10,00%
406010994	30906032	TROCA DE ARCO AORTICO	100,00%
406011214	30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR C/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100,00%
406011222	30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR S/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100,00%
406011230	30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC	100,00%
406020019	30907047	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVACAO CENTRAL	20,00%
406020035	30907047	ANASTOMOSE PORTO-CAVA	20,00%
406020043	30906016	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	20,00%
406020078	30913012	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL	10,00%
406020108	30212014	DISSECCAO RADICAL DO PESCOCO	10,00%

406020167	30730090	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO	10,00%
406020191	30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA	10,00%
406020213	30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL	10,00%
406020221	30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	10,00%
406020230	30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	10,00%
406020248	30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	10,00%
406020256	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL BILATERAL	10,00%
406020264	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	10,00%
406020272	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR	10,00%
406020280	30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL	10,00%
406020302	30906113	PLASTIA ARTERIAL C/ REMENDO (QUALQUER TECNICA)	10,00%
406020310	30906261	PONTE AXILO-BIFEMURAL	20,00%
406020329	30906270	PONTE AXILO-FEMURAL	20,00%
406020337	30906342	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	20,00%
406020345	30906300	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	20,00%
406020353	30906229	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL	20,00%
406020361	30906180	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	20,00%
406020370	30906199	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	10,00%
406020388	30906202	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL	10,00%
406020418	30906121	REVASCULARIZACAO DE ARTERIAS VISCERAIS	20,00%
406020426	30906423	REVASCULARIZACAO DO MEMBRO SUPERIOR	10,00%
406020434	30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	10,00%
406020442	30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	10,00%
406020450	30906296	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA PROXIMAL	10,00%
406020469	30907128	TRANSPLANTE DE SEGMENTO VENOSO VALVULADO	10,00%
406020477	30907128	TRANSPOSICAO DE VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	10,00%
406020485	30906040	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS	10,00%
406020493	30910110	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL	10,00%
406020507	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00%
406020515	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00%
406020523	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL	10,00%
406020531	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00%
406020540	30910102	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DO ABDOMEN	10,00%
406020558	30101140	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA	10,00%
406020566	30907136	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	10,00%
406020574	30907144	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	10,00%
406020582	30906032	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	50,00%
406020590	30907110	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	10,00%

406020604	30907128	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	20,00%
406030090	30912148	FECHAMENTO PERCUTANEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	20,00%
406030103	30912210	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE SISTEMA CARDIOVASCULAR POR TECNICAS HEMODINAMICAS	10,00%
406030111	30912245	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA	20,00%
406030138	30912245	VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTANEA	20,00%
406030146	30912245	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDE PERCUTANEA	100,00%
406040222	40813576	FECHAMENTO PERCUTANEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	20,00%
406040230	30912113	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	20,00%
406040249	40814017	FIBRINOLISE P/ EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	20,00%
406040257	40814033	FIBRINOLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	10,00%
406040265	40813932	IMPLANTACAO DE SHUNT INTRA-HEPATICO PORTOSISTEMICO (TIPS) C/ STENT NAO RECOBERTO	50,00%
406040281	30912032	RECONSTRUCAO DA BIFURCACAO AORTO-ILIACA C/ ANGIOPLASTIA E STENTS	20,00%
406040290	30501482	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDOSCOPICO)	20,00%
406040303	40813690	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDO	20,00%
407010017	31002030	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA	10,00%
407010033	31001041	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA	20,00%
407010041	31001050	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	20,00%
407010068	31001165	ESOFAGO-COLONPLASTIA	20,00%
407010076	31001068	ESOFAGOGASTRECTOMIA	20,00%
407010092	31001203	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	10,00%
407010106	31001211	ESOFAGORRAFIA TORACICA	20,00%
407010114	31001220	ESOFAGOSTOMIA	20,00%
407010130	31002072	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA	10,00%
407010149	31002129	GASTRECTOMIA TOTAL	10,00%
407010157	31002315	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407010165	31002021	GASTROENTEROANASTOMOSE	10,00%
407010173	31002218	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	20,00%
407010190	31002145	GASTRORRAFIA	10,00%
407010203	31002145	GASTRORRAFIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407010211	31002056	GASTROSTOMIA	10,00%
407010220	31002056	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407010238	31002196	PILOROPLASTIA	10,00%
407010289	31001238	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	10,00%
407010297	31001262	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	10,00%
407010343	31002250	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM	10,00%
407010360	31002218	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	20,00%
407020012	31003010	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO	10,00%
407020020	31003028	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO	10,00%

407020039	31003079	APENDICECTOMIA	10,00%
407020047	31003583	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407020063	31003168	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	20,00%
407020071	31003184	COLECTOMIA TOTAL	20,00%
407020080	31003613	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407020098	31003230	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	10,00%
407020136	31004016	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	10,00%
407020152	31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	10,00%
407020179	31003281	ENTERECTOMIA	20,00%
407020187	31003290	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	10,00%
407020195	31003311	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	10,00%
407020209	31003303	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	10,00%
407020217	31004075	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	10,00%
407020276	31004121	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	10,00%
407020284	31004091	HEMORROIDECTOMIA	10,00%
407020292	31009077	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	10,00%
407020306	31003214	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	10,00%
407020322	31004083	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	10,00%
407020349	31003389	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	10,00%
407020357	31003320	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	10,00%
407020365	31003249	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	10,00%
407020381	31003230	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA	10,00%
407020403	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	10,00%
407020411	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	10,00%
407020462	31003451	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL	20,00%
407030018	31005039	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	10,00%
407030026	31005128	COLECISTECTOMIA	10,00%
407030034	31005470	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407030042	31005144	COLECISTOSTOMIA	10,00%
407030050	31005152	COLEDOCOPLASTIA	10,00%
407030077	31005543	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407030123	31007023	ESPLENECTOMIA	10,00%
407030131	31005292	HEPATECTOMIA PARCIAL	10,00%
407030140	31005276	HEPATORRAFIA	10,00%
407030158	31005284	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	10,00%
407030166	31005012	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	10,00%
407030190	31006051	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407030204	31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA	20,00%
407030212	31006086	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	20,00%
407030220	31006086	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM	20,00%
407040013	40813525	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	10,00%
407040021	30806011	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO	10,00%
407040030	31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	10,00%
407040048	30806038	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	20,00%

407040064	31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	10,00%
407040072	31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407040080	31009107	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	10,00%
407040099	31009115	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	10,00%
407040102	31009069	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	10,00%
407040110	31009140	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	10,00%
407040129	31009166	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	10,00%
407040137	31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407040145	31009158	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	10,00%
407040153	31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
407040188	30101824	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	10,00%
407040200	31008054	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA	10,00%
407040234	31307116	RESSECCAO DO EPIPLOM	10,00%
407040242	31009050	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)	10,00%
408010010	30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁCICAS	10,00%
408010029	30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS	10,00%
408010037	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	10,00%
408010045	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	10,00%
408010053	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	10,00%
408010061	30717159	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	10,00%
408010070	30717060	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	10,00%
408010088	30717060	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORÁCICA	10,00%
408010096	30717019	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	10,00%
408010118	30717051	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	10,00%
408010134	30717094	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	10,00%
408010142	30735068	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	10,00%
408010150	30717108	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	10,00%
408010169	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA	10,00%
408010177	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	10,00%
408010185	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	10,00%
408010193	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	10,00%
408010207	30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	10,00%
408010215	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	10,00%
408010223	30717132	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	10,00%

408010231	30735033	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	10,00%
408020024	30718015	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	10,00%
408020040	30721075	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO	10,00%
408020059	30719020	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	10,00%
408020067	30721067	ARTROPLASTIA DE PUNHO	10,00%
408020075	30719020	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	10,00%
408020083	30719020	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISAO / RECONSTRUCAO)	10,00%
408020091	30720141	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	10,00%
408020105	30101778	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	10,00%
408020121	30722209	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	10,00%
408020130	30721237	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	10,00%
408020148	30731011	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	10,00%
408020270	30705100	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO AO NÍVEL DA MÃO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)	10,00%
408020288	30722683	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR	10,00%
408020296	30721105	REVISÃO CIRÚGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	10,00%
408020300	30721245	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	10,00%
408020326	30722276	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	10,00%
408020334	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO	10,00%
408020342	30722527	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	10,00%
408020350	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPI~CÔNDILO / EPITROCLEA DO ÚMERO	10,00%
408020369	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA /	10,00%
408020377	30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	10,00%
408020385	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	10,00%
408020393	30718058	TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	10,00%
408020407	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10,00%
408020415	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10,00%
408020423	30720176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	10,00%
408020431	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	10,00%
408020440	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10,00%
408020458	30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	10,00%

408020466	30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	10,00%
408020482	30721237	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	10,00%
408020490	30730074	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO	10,00%
408020504	30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	10,00%
408020512	30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	10,00%
408020520	30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	10,00%
408020539	30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	10,00%
408020547	30719100	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	10,00%
408020555	30721210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	10,00%
408020563	30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	10,00%
408020571	30718090	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	10,00%
408020580	30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	10,00%
408020598	30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	10,00%
408020601	30721075	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍIVEL DO CARPO	10,00%
408020610	30722462	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	10,00%
408020636	30720168	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR	10,00%
408030020	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NIVEL	20,00%
408030038	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	20,00%
408030054	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS	20,00%
408030062	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS	20,00%
408030070	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	20,00%
408030089	30715164	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	20,00%
408030100	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	50,00%
408030119	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	20,00%
408030127	30715024	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	20,00%
408030135	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO- LATERAL UM NÍVEL	20,00%
408030143	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO- LATERAL DOIS NÍVEIS	20,00%
408030151	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO- LATERAL QUATRO NÍVEIS	20,00%
408030160	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO- LATERAL TRES NÍVEIS	50,00%
408030178	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	20,00%

408030186	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	50,00%
408030194	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	100,00%
408030208	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	50,00%
408030232	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	20,00%
408030240	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS	20,00%
408030259	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,	20,00%
408030267	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	20,00%
408030275	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	50,00%
408030283	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	100,00%
408030291	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	20,00%
408030305	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	100,00%
408030313	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	100,00%
408030321	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,	100,00%
408030348	40814092	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	100,00%
408030356	30715091	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA	20,00%
408030364	30715091	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	20,00%
408030372	30715091	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA	20,00%
408030380	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	10,00%
408030399	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	10,00%
408030402	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	10,00%
408030429	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	10,00%
408030437	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	10,00%
408030445	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	10,00%
408030453	30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	10,00%
408030461	30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	10,00%
408030470	30730066	DRENAGEM CIRÚRGICA DO ILIOPSOAS	10,00%
408030500	30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS	20,00%
408030518	30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO- LOMBO-SACROS	10,00%
408030526	30715148	RESSEÇÃO DE COCCIX	10,00%
408030534	30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	10,00%

408030542	30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAIL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	10,00%
408030550	30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	20,00%
408030569	30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	10,00%
408030577	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	10,00%
408030585	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	20,00%
408030593	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACOLOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	10,00%
408030607	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACOLOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	10,00%
408030615	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	10,00%
408030623	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	10,00%
408030631	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	10,00%
408030640	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTORSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	10,00%
408030704	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	10,00%
408030747	30715164	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	20,00%
408030780	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NIVEIS	10,00%
408030798	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NIVEIS	10,00%
408030917	30715016	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	50,00%
408040017	30724031	ARTRODESE COXOFEMORAL	10,00%
408040025	30723086	ARTRODESE DA SÍNFISE PÚBICA	10,00%
408040033	30723086	ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS	10,00%
408040041	30724058	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	20,00%
408040050	30724082	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	20,00%
408040068	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	20,00%
408040076	30724279	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	20,00%
408040084	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	20,00%
408040092	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	20,00%
408040114	30723027	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	20,00%
408040122	30724139	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	10,00%
408040130	30724147	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	10,00%
408040149	30724228	OSTECTOMIA DA PELVE	10,00%
408040157	30723086	OSTEOTOMIA DA PELVE	10,00%
408040173	30724171	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO	10,00%

408040238	30730015	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR	10,00%
408040246	30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA AVULSÃO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILÍACA S/ LESÃO DO ANEL PÉL	10,00%
408040254	30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL P	10,00%
408040262	30723051	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTER	10,00%
408040270	30715148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	10,00%
408040289	30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	10,00%
408040319	30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)	10,00%
408040335	30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	10,00%
408050012	30725038	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	10,00%
408050020	30728010	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	10,00%
408050039	30726026	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	10,00%
408050047	30726034	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	20,00%
408050055	30726255	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	20,00%
408050063	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	20,00%
408050071	30726034	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	10,00%
408050080	30729122	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	10,00%
408050101	30726107	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	10,00%
408050110	30726247	QUADRICEPSPLASTIA	10,00%
408050128	30726239	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	10,00%
408050136	30726182	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	10,00%
408050144	30728142	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	10,00%
408050152	30726190	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	10,00%
408050160	30733073	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	10,00%
408050179	30726131	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	10,00%
408050373	30728029	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	10,00%
408050381	30724236	TRANSFERENCIA DO GRANDE TROCANTER (PROCEDIMENTO ISOLADO)	10,00%
408050390	30730155	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	10,00%
408050420	30726131	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	10,00%
408050438	30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	10,00%
408050446	30729190	TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL	10,00%

408050454	30729157	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	10,00%
408050462	30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	10,00%
408050470	30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	10,00%
408050489	30725070	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	10,00%
408050497	30728100	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	10,00%
408050500	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	10,00%
408050519	30725160	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	10,00%
408050527	30726107	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	10,00%
408050535	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	10,00%
408050543	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	10,00%
408050551	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	10,00%
408050560	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	10,00%
408050578	30728126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	10,00%
408050586	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	10,00%
408050594	30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	10,00%
408050608	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA	10,00%
408050616	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	10,00%
408050624	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	10,00%
408050632	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	10,00%
408050659	30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	10,00%
408050667	30726247	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	10,00%
408050675	30725054	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	10,00%
408050683	30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	10,00%
408050691	30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	10,00%
408050705	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	10,00%
408050713	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	10,00%
408050721	30729084	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	10,00%
408050780	30728177	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	10,00%

408050799	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMU	10,00%
408050802	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTER	10,00%
408050810	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	10,00%
408050829	30729190	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	10,00%
408050837	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO	10,00%
408050845	30726220	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	10,00%
408050861	30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	10,00%
408050870	30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	10,00%
408050888	30726140	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	10,00%
408050896	30733057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	10,00%
408050900	30729106	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	10,00%
408050918	30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	10,00%
408050926	30726166	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	10,00%
408060018	30720010	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	10,00%
408060034	30720028	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)	10,00%
408060042	30722071	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	10,00%
408060050	30721032	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10,00%
408060069	30724074	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	10,00%
408060077	30722705	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10,00%
408060085	30731038	BURSECTOMIA	10,00%
408060093	30715091	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	10,00%
408060107	30732034	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS	10,00%
408060115	30720079	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10,00%
408060123	30717035	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	10,00%
408060131	30721083	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10,00%
408060140	30726204	FASCIECTOMIA	10,00%
408060166	30720150	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	10,00%
408060174	30720141	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10,00%
408060182	30722705	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	10,00%
408060190	30720141	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10,00%
408060204	30730155	REINSERÇÃO MUSCULAR	10,00%
408060212	30722713	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	10,00%

408060239	30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MICROCIRÚRGICO	10,00%
408060247	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (EXCETO MÃO E PÉ)	10,00%
408060255	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO	10,00%
408060263	30732085	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	20,00%
408060271	30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	10,00%
408060280	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (APENAS MÃO E PÉ)	10,00%
408060298	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO POR DESLIZAMENTO	10,00%
408060301	30730058	RESSECÇÃO MUSCULAR	10,00%
408060310	30731232	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	10,00%
408060328	30714010	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	10,00%
408060336	30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	10,00%
408060417	30101778	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	10,00%
408060425	30722241	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	10,00%
408060433	30731089	TENODESE	10,00%
408060441	30731097	TENÓLISE	10,00%
408060450	30730112	TENOMIORRAFIA	10,00%
408060468	30730040	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	10,00%
408060476	30729270	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	10,00%
408060484	30731143	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	10,00%
408060530	30717167	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	10,00%
408060549	30730155	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	10,00%
408060557	30715210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)	10,00%
408060565	30728029	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10,00%
408060573	30722284	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	10,00%
408060581	30722250	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	10,00%
408060590	30720117	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10,00%
408060603	31009263	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIA MUSCULAR	10,00%
408060611	30726255	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10,00%
408060620	30724066	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓSARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	10,00%
408060638	30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	10,00%
408060670	30101751	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	10,00%
409010014	30722217	CAPSULECTOMIA RENAL	10,00%

409010022	31103065	CISTECTOMIA PARCIAL	10,00%
409010030	31103073	CISTECTOMIA TOTAL	20,00%
409010049	31103081	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO	20,00%
409010057	31103251	CISTOENTEROPLASTIA	10,00%
409010065	31103090	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	10,00%
409010081	31103162	CISTORRAFIA	10,00%
409010090	31103170	CISTOSTOMIA	10,00%
409010120	31103200	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	10,00%
409010138	31101011	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	10,00%
409010170	31102050	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	10,00%
409010189	31102379	LITOTRIPSIA	10,00%
409010197	31101127	LOMBOTOMIA	10,00%
409010200	31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL	10,00%
409010219	31101186	NEFRECTOMIA TOTAL	10,00%
409010227	31101216	NEFROLITOTOMIA	10,00%
409010235	31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	10,00%
409010243	31101283	NEFROPEXIA	10,00%
409010251	31101208	NEFROPIELOSTOMIA	10,00%
409010260	31101291	NEFRORRAFIA	10,00%
409010286	31101305	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	10,00%
409010294	31101313	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	10,00%
409010308	31101321	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	10,00%
409010324	31101100	PIELOPLASTIA	10,00%
409010332	31101372	PIELOSTOMIA	20,00%
409010340	31101097	PIELOTOMIA	10,00%
409010375	31102247	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	10,00%
409010383	31103219	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	10,00%
409010391	31102301	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	10,00%
409010430	31103375	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	10,00%
409010456	31103294	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA	10,00%
409010464	31103308	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL	10,00%
409010472	31102107	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	10,00%
409010499	31103359	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	10,00%
409010502	31102530	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	10,00%
409010510	31102255	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	10,00%
409010529	31102247	URETERECTOMIA	10,00%
409010545	31102344	URETEROENTEROPLASTIA	10,00%
409010561	31102301	URETEROLITOTOMIA	10,00%
409010570	31101437	URETEROPLASTIA	10,00%
409010588	31102425	URETEROSTOMIA CUTANEA	10,00%
409020010	31104010	DRENAGEM DE COLECAO PERI-URETRAL	10,00%
409020028	30101638	DRENAGEM DE FLEIMAO URINOSO	10,00%
409020044	31103367	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	10,00%
409020052	30906210	LIGADURA / SECCAO DE VASOS ABERRANTES	10,00%
409020079	31104142	MEATOTOMIA SIMPLES	10,00%

409020087	31104169	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	10,00%
409020095	31104177	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	10,00%
409020109	31104088	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	10,00%
409020125	31104193	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	10,00%
409020133	31104193	URETROPLASTIA AUTOGENA	10,00%
409020141	31104193	URETROPLASTIA HETEROGENEA	10,00%
409020150	31104134	URETRORRAFIA	10,00%
409020168	31104215	URETROSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA	10,00%
409020176	31104070	URETROTOMIA INTERNA	10,00%
409030023	31201121	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	10,00%
409030031	31201113	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	10,00%
409030040	31201130	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	10,00%
409040010	31202020	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	10,00%
409040037	31204031	EPIDIDIMECTOMIA	10,00%
409040045	31204031	EPIDIDIMECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10,00%
409040053	31205011	ESPERMATOCELECTOMIA	10,00%
409040070	31204066	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	10,00%
409040088	31204066	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	10,00%
409040126	31203060	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	10,00%
409040134	31203060	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	10,00%
409040142	31203078	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	10,00%
409040150	31203078	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10,00%
409040169	31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	10,00%
409040215	31203043	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	10,00%
409040223	31203108	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / DO CORDAO ESPERMATICO	10,00%
409040231	31203124	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	10,00%
409050083	31206220	PROSTECTOMIA	10,00%
409050105	31202039	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE DO PENIS	10,00%
409060020	31302050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	10,00%
409060038	31303153	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	10,00%
409060100	31303102	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	10,00%
409060119	31303080	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	10,00%
409060127	31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	10,00%
409060135	31303102	HISTERECTOMIA TOTAL	10,00%
409060143	31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)	10,00%
409060151	31303200	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
409060178	31303188	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	10,00%
409060194	31303145	MIOMECTOMIA	10,00%
409060208	31303250	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
409060216	31305016	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	10,00%
409060224	31307132	RESSECCAO DE VARIZES PELVICAS	10,00%
409060232	31304044	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	10,00%
409060240	31304087	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10,00%
409060275	30801079	TRAQUELOPLASTIA	10,00%
409070025	31301061	COLPECTOMIA	10,00%
409070033	31302033	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	10,00%

409070041	31302033	COLPOPERINEOCLEISE	10,00%
409070050	31302068	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	10,00%
409070068	31004300	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	10,00%
409070076	31302068	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	10,00%
409070084	31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR	10,00%
409070092	31302068	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA	10,00%
409070106	31302076	COLPOTOMIA	10,00%
409070130	31306047	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	10,00%
409070149	31302084	EXERESE DE CISTO VAGINAL	10,00%
409070203	31103359	OPERACAO DE BURCH	10,00%
409070220	31302114	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	10,00%
409070238	31004113	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA RETO-VAGINAL	10,00%
409070246	31102123	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL	10,00%
409070254	31103324	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	10,00%
409070262	31301096	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	10,00%
409070270	31103332	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	10,00%
409070297	31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA	10,00%
409070300	31301134	VULVECTOMIA SIMPLES	10,00%
410010057	30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	10,00%
410010073	30602033	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	10,00%
410010090	30602165	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE	10,00%
410010111	30602203	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	10,00%
410010120	30602190	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10,00%
410010200	30602262	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL NO PROCESSO	10,00%
412010038	30801010	COLOCAÇÃO DE PROTESE LARINGO-TRAQUEAL, TRAQUEAL, TRAQUEO-BRONQUICA, BRONQUICA POR VIA ENDOSCOPICA	10,00%
412010046	30801028	COLOCACAO DE PROTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO- BRONQUICA (INCLUI PRÓTESE)	20,00%
412010097	30801079	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORÁCICO	10,00%
412010100	30206200	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	10,00%
412010119	30801036	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA	10,00%
412010135	30803047	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BRONCOPLEURAL COM AMPUTAÇÃO DE COTO BRONQUICO	20,00%
412010143	30206049	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA	20,00%
412020025	30805120	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	10,00%
412020033	30805112	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	20,00%
412020050	30805147	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO	10,00%
412020068	30805155	TIMECTOMIA	10,00%
412020076	30801117	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	20,00%
412020084	30805163	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	20,00%
412030012	30804027	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	20,00%

412030080	30804140	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)	10,00%
412030098	30804060	PLEUROSTOMIA	10,00%
412030101	30803055	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUROSTOMIA)	10,00%
412030110	30804043	PLEURODESE	10,00%
412040018	30601029	COSTECTOMIA	10,00%
412040026	30601045	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE	20,00%
412040042	30805082	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)	20,00%
412040050	30601070	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES / DO OMENTO	10,00%
412040085	30715075	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA	20,00%
412040107	30601134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)	20,00%
412040115	30601142	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	10,00%
412040123	30601150	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL (POR PROTESE)	10,00%
412040131	30601150	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	10,00%
412040158	30601096	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	20,00%
412040166	30804132	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	10,00%
412040190	30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO	20,00%
412040204	30601215	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	10,00%
412050048	30803071	LOBECTOMIA PULMONAR	20,00%
412050064	30803101	PNEUMOMECTOMIA	20,00%
412050102	30803039	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO	10,00%
412050110	30802016	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA	20,00%
412050137	30803020	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)	20,00%
412050145	30803098	METASTASECTOMIA PULMONAR UNI OU BILATERAL (QUALQUER METODO)	10,00%
412050153	30803160	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	50,00%
412050161	30803136	PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITARIA/RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10,00%
413030016	30212189	LIPOASPIRACAO DE GIBA OU REGIÃO SUBMANDIBULAR EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10,00%
413030032	30101190	LIPOENXERTIA DE GLUTEO PACIENTE COM LIPODISTROFIA GLUTEA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10,00%
413030059	30210011	PREENCHIMENTO FACIAL C/ TECIDO GORDUROSO EM PACIENTE C/ LIPOATROFIA DE FACE DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10,00%
413030075	30602351	REDUCAO MAMARIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	10,00%
413030083	30602114	TRATAMENTO DE GINECOMASTIA OU PSEUDOGINECOMASTIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10,00%
413040119	30401062	RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA	10,00%
413040127	30401062	RECONSTRUCAO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	10,00%

413040135	30401062	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA	10,00%
413040143	30401062	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLOS ESTAGIOS)	10,00%
413040160	30729319	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE AO NIVEL DO PE	10,00%
413040178	30101530	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	10,00%
413040186	30101743	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DA AXILA	10,00%
413040208	30101751	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MAO/PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	10,00%
413040224	30101751	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL NA REGIAO POPLITEA	10,00%
413040232	30401046	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTETICO DA ORELHA	10,00%
413040240	30722306	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO	10,00%
414010027	41205030	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	20,00%
414010329	30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	10,00%
415040027	30730031	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	10,00%
416010016	31206018	AMPUTACAO DE PENIS EM ONCOLOGIA	10,00%
416010024	31103081	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO EM ONCOLOGIA	20,00%
416010032	31103081	CISTECTOMIA TOTAL COM DERIVAÇÃO SIMPLES EM ONCOLOGIA	20,00%
416010040	31103251	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416010075	31101186	NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416010091	31101321	NEFROURETERECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416010113	31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416010121	31201121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416010130	31201113	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416010164	31101470	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	20,00%
416010172	31103456	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416010180	31102182	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	20,00%
416010199	31102174	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	20,00%
416010202	31101038	SUPRARRENALECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416010210	31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020020	30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	10,00%
416020151	30914051	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020160	30914051	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020178	30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020186	30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416020194	30805090	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL EM ONCOLOGIA	20,00%

416020208	30212090	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020216	30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020224	30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416020232	30914043	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416020240	30602289	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	10,00%
416020259	30914043	LINFADENECTOMIA INGUINO-ILIACA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416030017	30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030025	30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	10,00%
416030033	30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBLINGUAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030041	30204020	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR EM ONCOLOGIA	10,00%
416030068	30202078	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030076	30202078	GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416030084	30214025	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416030092	30204062	PAROTIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030149	30201055	RESSECCAO EM CUNHA DE LABIO E SUTURA EM ONCOLOGIA	10,00%
416030157	30201039	RESSECCAO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO EM ONCOLOGIA	10,00%
416030165	30201047	RESSECCAO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUCAO COM RETALHO MIOCUTANEO EM ONCOLOGIA	10,00%
416030190	30202043	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416030203	30204054	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	20,00%
416030220	30205174	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416030238	30205212	RESSECCAO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA	10,00%
416030246	30302048	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA	10,00%
416030254	30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030262	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416030270	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030297	30801095	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030327	30401097	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	10,00%
416030335	30906210	LIGADURA DE CARÓTIDA EM ONCOLOGIA	10,00%
416030343	30212146	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	10,00%
416030351	30205239	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416030360	30213029	RESSECCAO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416040012	31005152	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA EM ONCOLOGIA	10,00%
416040020	31005187	COLEDOCOSTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	10,00%
416040039	31001041	ESOFAGOGASTRECTOMIA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA	50,00%
416040047	31001068	ESOFAGOCOLOPLASTIA OU ESOFAGOGASTROPLASTIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416040071	31002110	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416040101	31005292	HEPATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	20,00%

416040110	31006051	PANCREATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416040128	31006078	DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416040144	31009204	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	20,00%
416040195	40813916	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	20,00%
416040217	31002064	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416040225	31005250	METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM ONCOLOGIA	10,00%
416040233	31005373	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	10,00%
416040241	31005373	RESSECCAO AMPLIADA DE VIA BILIAR EXTRA-HEPATICA EM ONCOLOGIA	20,00%
416040250	31101470	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416040268	31307124	RESSECCAO ALARGADA DE TUMOR DE PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416050018	31003010	AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA	20,00%
416050026	31003176	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA	20,00%
416050034	31003184	COLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416050050	31004245	EXCISAO LOCAL DE TUMOR DO RETO EM ONCOLOGIA	10,00%
416050077	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416050093	31003346	EXENTERACAO PELVICA POSTERIOR EM ONCOLOGIA	20,00%
416050107	31003354	EXENTERACAO PELVICA TOTAL EM ONCOLOGIA	50,00%
416060013	31302025	AMPUTACAO CONICA DE COLO DE UTERO C/ COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	10,00%
416060021	31307019	ANEXECTOMIA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416060030	31302025	COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	10,00%
416060056	31303129	HISTERECTOMIA C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	20,00%
416060064	31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	20,00%
416060080	31303153	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416060099	31301126	VULVECTOMIA TOTAL AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416060102	31301088	VULVECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10,00%
416060110	31303102	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	10,00%
416080014	30101441	EXCISAO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	10,00%
416080030	30101450	EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	10,00%
416080081	30101174	RECONSTRUCAO C/ RETALHO MIOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	20,00%
416080090	30101174	RECONSTRUCAO POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	20,00%
416080111	30101697	RECONSTRUCAO C/ RETALHO OSTEOMIOCUTANEO EM ONCOLOGIA	20,00%
416080120	30101468	EXTIRPACAO MULTIPLA DE LESAO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTANEO EM ONCOLOGIA	10,00%
416090010	30725038	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES EM ONCOLOGIA	20,00%
416090028	30718015	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES EM ONCOLOGIA	20,00%
416090036	30723027	HEMIPELVECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%

416090079	30715385	SACRALECTOMIA (ENDOPELVECTOMIA) EM ONCOLOGIA	20,00%
416090109	30732085	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO COM SUBSTITUICAO (ENDOPROTESE) OU COM RECONSTRUÇÃO E FIXAÇÃO EM ONCOLOGI	20,00%
416090117	30717060	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORACICA EM ONCOLOGIA	20,00%
416090125	30717060	DESARTICULACAO ESCAPULO-TORACICA INTERNA EM ONCOLOGIA	20,00%
416090133	30101913	RESSECCAO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	20,00%
416110010	30803080	LOBECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	20,00%
416110029	30803101	PNEUMOMECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	20,00%
416110037	30601150	TORACECTOMIA COMPLEXA EM ONCOLOGIA	20,00%
416110045	30601150	TORACECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	20,00%
416110061	30803152	SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	20,00%
416110070	30803098	RESSECÇAO PULMONAR EM CUNHA EM ONCOLOGIA	20,00%
416110088	30805155	TIMECTOMIA EM ONCOLOGIA	20,00%
416120024	30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	10,00%
416120032	30602157	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	10,00%
416120040	30602076	RESSECCAO DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA COM MARCACAO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	10,00%
416120059	30602203	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/ SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	10,00%

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS ESSENCIAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser por motivo de **acidente pessoal ou doença**, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Em caso de múltiplos procedimentos realizados durante um período contínuo de internação hospitalar ou durante o mesmo tempo cirúrgico ou indicados para o tratamento da mesma patologia, só será pago o capital segurado correspondente ao primeiro procedimento realizado.

2) CIRURGIAS COBERTAS E CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Serão cobertos **133 procedimentos listados**, todos relacionados a **oncologia, pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa, cirurgia de mama, cirurgia reparadora e bucomaxilofacial**, com o capital segurado será fixo para qualquer procedimento no valor de **R$ 5.000,00**.

Parágrafo Único. A lista de procedimentos está no Anexo II.

3) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 3º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa e será de 30 dias.

Parágrafo Único. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 meses.

§ 1ª. Após o recebimento da indenização em razão de procedimento coberto, o segurado deverá cumprir carência de 12 meses para que seu capital segurado seja reintegrado, e o segurado tenha novamente direito a indenização em razão de novo procedimento.

5) ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

Art. 5º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com **idade mínima de 16 e máxima de 65 anos**.

Art. 6º. Os segurados que completarem 70 anos serão excluídos da cobertura de Cirurgias.

Art. 7º. O seguro terá sua vigência anual de e sua adesão será compulsória para a massa segurável do Estipulante. Seu custeio será não contributário, arcado pelo Estipulante.

Art. 8º. Caso o Estipulante não realize o pagamento do prêmio mensal no vencimento, a cobertura será suspensa até a retomada dos pagamentos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) aviso de sinistro;

c) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

e) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo etc.) do segurado;

f) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e

g) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.

Art. 10. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 12, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 11. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo Único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 12. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir do primeiro início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 10 e 11.

Art. 13. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 13, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

§ 1º. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

ANEXO II – LISTA DE CIRURGIAS ESSENCIAL

Código SUS	Código TUSS	Procedimento	Valor
401020029	30101336	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO	100%
401020037	30101336	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	100%
401020088	31009042	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	100%
401020100	30101468	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	100%
401020118	30101336	HOMOENXERTIA (ATO CIRURGICO PRE E POS-OPERATORIO)	100%
401020126	30101360	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	100%
401020134	30101379	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL	100%
401020169	30101344	TRATAMENTO EM ESTAGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA	100%
410010200	30602262	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL NO PROCESSO	100%
410010120	30602190	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	100%
410010111	30602203	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	100%
410010090	30602165	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE	100%
410010073	30602033	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	100%
410010057	30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	100%
413040240	30722306	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO	100%
413040232	30401046	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTETICO DA ORELHA	100%
413040224	30101751	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL NA REGIAO POPLITEA	100%
413040208	30101751	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MAO/PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	100%
413040186	30101743	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DA AXILA	100%
413040178	30101530	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	100%
413040160	30729319	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE AO NIVEL DO PE	100%
413040143	30401062	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLOS ESTAGIOS)	100%
413040135	30401062	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA	100%
413040127	30401062	RECONSTRUCAO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	100%
413040119	30401062	RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA	100%
413030083	30602114	TRATAMENTO DE GINECOMASTIA OU PSEUDOGINECOMASTIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	100%
413030075	30602351	REDUCAO MAMARIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	100%
413030059	30210011	PREENCHIMENTO FACIAL C/ TECIDO GORDUROSO EM PACIENTE C/ LIPOATROFIA DE FACE DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	100%
413030032	30101190	LIPOENXERTIA DE GLUTEO EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA GLUTEA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	100%

413030016	30212189	LIPOASPIRACAO DE GIBA OU REGIÃO SUBMANDIBULAR EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	100%
414010329	30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	100%
416120059	30602203	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/ SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	100%
416120040	30602076	RESSECCAO DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA COM MARCACAO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	100%
416120032	30602157	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	100%
416120024	30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	100%
416080120	30101468	EXTIRPACAO MULTIPLA DE LESAO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTANEO EM ONCOLOGIA	100%
416080030	30101450	EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	100%
416080014	30101441	EXCISAO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	100%
416060110	31303102	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	100%
416060102	31301088	VULVECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416060030	31302025	COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416060021	31307019	ANEXECTOMIA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416060013	31302025	AMPUTACAO CONICA DE COLO DE UTERO C/ COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416050050	31004245	EXCISAO LOCAL DE TUMOR DO RETO EM ONCOLOGIA	100%
416040233	31005373	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416040225	31005250	METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM ONCOLOGIA	100%
416040020	31005187	COLEDOCOSTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416040012	31005152	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA EM ONCOLOGIA	100%
416030351	30205239	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL EM ONCOLOGIA	100%
416030335	30906210	LIGADURA DE CARÓTIDA EM ONCOLOGIA	100%
416030327	30401097	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	100%
416030297	30801095	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL EM ONCOLOGIA	100%
416030270	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416030254	30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416030246	30302048	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA	100%
416030165	30201047	RESSECCAO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUCAO COM RETALHO MIOCUTANEO EM ONCOLOGIA	100%
416030157	30201039	RESSECCAO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO EM ONCOLOGIA	100%
416030149	30201055	RESSECCAO EM CUNHA DE LABIO E SUTURA EM ONCOLOGIA	100%
416030092	30204062	PAROTIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416030068	30202078	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416030041	30204020	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR EM ONCOLOGIA	100%
416030033	30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBLINGUAL EM ONCOLOGIA	100%
416030025	30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	100%

416030017	30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416020240	30602289	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	100%
416020232	30914043	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020216	30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020208	30212090	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020178	30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020160	30914051	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020151	30914051	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020020	30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	100%
416010210	31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416010172	31103456	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	100%
416010113	31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416010091	31101321	NEFROURETERECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416010075	31101186	NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416010016	31206018	AMPUTACAO DE PENIS EM ONCOLOGIA	100%
414010027	41205030	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	100%
416110088	30805155	TIMECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416110070	30803098	RESSECÇAO PULMONAR EM CUNHA EM ONCOLOGIA	100%
416110061	30803152	SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	100%
416110045	30601150	TORACECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	100%
416110037	30601150	TORACECTOMIA COMPLEXA EM ONCOLOGIA	100%
416110029	30803101	PNEUMOMECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	100%
416110010	30803080	LOBECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	100%
416090125	30717060	DESARTICULACAO ESCAPULO-TORACICA INTERNA EM ONCOLOGIA	100%
416090117	30717060	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORACICA EM ONCOLOGIA	100%
416090079	30715385	SACRALECTOMIA (ENDOPELVECTOMIA) EM ONCOLOGIA	100%
416090036	30723027	HEMIPELVECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416090028	30718015	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES EM ONCOLOGIA	100%
416090010	30725038	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES EM ONCOLOGIA	100%
416080111	30101697	RECONSTRUCAO C/ RETALHO OSTEOMIOCUTANEO EM ONCOLOGIA	100%
416080090	30101174	RECONSTRUCAO POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	100%
416080081	30101174	RECONSTRUCAO C/ RETALHO MIOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	100%
416060099	31301126	VULVECTOMIA TOTAL AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416060080	31303153	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	100%

416060064	31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	100%
416060056	31303129	HISTERECTOMIA C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	100%
416050093	31003346	EXENTERACAO PELVICA POSTERIOR EM ONCOLOGIA	100%
416050077	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	100%
416050034	31003184	COLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416050026	31003176	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA	100%
416050018	31003010	AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA	100%
416040268	31307124	RESSECCAO ALARGADA DE TUMOR DE PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	100%
416040241	31005373	RESSECCAO AMPLIADA DE VIA BILIAR EXTRA-HEPATICA EM ONCOLOGIA	100%
416040217	31002064	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416040195	40813916	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	100%
416040128	31006078	DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416040110	31006051	PANCREATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416040101	31005292	HEPATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	100%
416040071	31002110	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416040047	31001068	ESOFAGOCOLOPLASTIA OU ESOFAGOGASTROPLASTIA EM ONCOLOGIA	100%
416030262	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416030220	30205174	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416030203	30204054	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	100%
416030190	30202043	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416030084	30214025	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416030076	30202078	GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416020259	30914043	LINFADENECTOMIA INGUINO-ILIACA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416020224	30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	100%
416020194	30805090	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL EM ONCOLOGIA	100%
416020186	30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	100%
416010202	31101038	SUPRARRENALECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416010199	31102174	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	100%
416010180	31102182	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	100%
416010130	31201113	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	100%
416010121	31201121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	100%
416010040	31103251	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	100%
416010032	31103081	CISTECTOMIA TOTAL COM DERIVAÇÃO SIMPLES EM ONCOLOGIA	100%
416010024	31103081	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO EM ONCOLOGIA	100%
416050107	31003354	EXENTERACAO PELVICA TOTAL EM ONCOLOGIA	100%
416040039	31001041	ESOFAGOGASTRECTOMIA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA	100%

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS PLUS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser por motivo de **acidente pessoal ou doença**, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Em caso de múltiplos procedimentos realizados durante um período contínuo de internação hospitalar ou durante o mesmo tempo cirúrgico ou indicados para o tratamento da mesma patologia, só será pago o capital segurado correspondente ao primeiro procedimento realizado.

2) CIRURGIAS COBERTAS E CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Serão cobertos **150 procedimentos listados**, todos relacionados a **endocrinologia, visão, torácica e sistema nervoso central e periférico,** com o capital segurado será fixo para qualquer procedimento no valor de **R$ 5.000,00**.

Parágrafo Único. A lista de procedimentos está no Anexo III.

3) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 3º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa e será de 30 dias.

Parágrafo Único. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 meses.

§ 1ª. Após o recebimento da indenização em razão de procedimento coberto, o segurado deverá cumprir carência de 12 meses para que seu capital segurado seja reintegrado, e o segurado tenha novamente direito a indenização em razão de novo procedimento.

5) ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

Art. 5º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com **idade mínima de 16 e máxima de 65 anos**.

Art. 6º. Os segurados que completarem 70 anos serão excluídos da cobertura de Cirurgias.

Art. 7º. O seguro terá sua vigência anual de e sua adesão será compulsória para a massa segurável do Estipulante. Seu custeio será não contributário, arcado pelo Estipulante.

Art. 8º. Caso o Estipulante não realize o pagamento do prêmio mensal no vencimento, a cobertura será suspensa até a retomada dos pagamentos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

h) cópia da carteira de identidade e CPF;

i) aviso de sinistro;

j) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

k) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

l) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo etc.) do segurado;

m) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e

n) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.

Art. 10. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 12, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 11. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo Único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 12. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir do primeiro início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 10 e 11.

Art. 13. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 13, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

§ 1º. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

ANEXO III – LISTA DE CIRURGIAS PLUS

Código SUS	Código TUSS	Procedimento	Valor
402020022	31101038	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL	100%
402020014	31101038	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL	100%
402010051	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	100%
402010043	30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL	100%
402010035	30213037	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	100%
402010027	30214025	PARATIREOIDECTOMIA	100%
402010019	30213029	EXTIRPACAO DE BOCIO INTRATORACICO POR VIA TRANSESTERNAL	100%
405050313	30304075	TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	100%
405050232	30305020	RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	100%
405050224	30301211	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	100%
405050216	30303052	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	100%
405050143	30304083	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	100%
405050135	30310032	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	100%
405050011	30306019	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	100%
405040156	30302110	RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	100%
405040148	30302137	ORBITOTOMIA	100%
405040091	30302056	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	100%
405040083	30302030	EXENTERACAO DE ORBITA	100%
405040075	30309018	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	100%
405040067	30309018	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	100%
405040059	30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA	100%
405040040	30302021	DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO	100%
405040016	30301157	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	100%
405030142	30307120	VITRECTOMIA POSTERIOR	100%
405030134	30307112	VITRECTOMIA ANTERIOR	100%
405030118	30301017	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	100%
405030096	30308038	SUTURA DE ESCLERA	100%
405010150	30313066	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	100%
405010133	30301173	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	100%
405010117	30313058	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	100%
405010036	30313023	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	100%
405040024	20104073	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	100%
412050161	30803136	PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITARIA/RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	100%
412050145	30803098	METASTASECTOMIA PULMONAR UNI OU BILATERAL (QUALQUER METODO)	100%
412040204	30601215	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	100%
412040166	30804132	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	100%
412040131	30601150	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	100%
412040123	30601150	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL (POR PROTESE)	100%
412040115	30601142	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	100%

412040050	30601070	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES / DO OMENTO	100%
412040018	30601029	COSTECTOMIA	100%
412030110	30804043	PLEURODESE	100%
412030101	30803055	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUROSTOMIA)	100%
412030098	30804060	PLEUROSTOMIA	100%
412030080	30804140	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)	100%
412020068	30805155	TIMECTOMIA	100%
412020025	30805120	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	100%
412010119	30801036	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA	100%
412010100	30206200	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	100%
412010097	30801079	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORÁCICO	100%
412010038	30801010	COLOCAÇÃO DE PROTESE LARINGO-TRAQUEAL, TRAQUEAL, TRAQUEO-BRONQUICA, BRONQUICA POR VIA ENDOSCOPICA (	100%
412050137	30803020	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)	100%
412050110	30802016	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA	100%
412050064	30803101	PNEUMOMECTOMIA	100%
412050048	30803071	LOBECTOMIA PULMONAR	100%
412040190	30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO	100%
412040158	30601096	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	100%
412040085	30715075	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA	100%
412040042	30805082	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)	100%
412040026	30601045	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE	100%
412030012	30804027	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	100%
412020084	30805163	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	100%
412020076	30801117	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	100%
412020033	30805112	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	100%
412010143	30206049	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA	100%
412010135	30803047	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BRONCOPLEURAL COM AMPUTAÇÃO DE COTO BRONQUICO	100%
412010046	30801028	COLOCACAO DE PROTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO-BRONQUICA (INCLUI PRÓTESE)	100%
412050153	30803160	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	100%
403080088	31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	100%
403080070	31403166	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	100%
403080061	31404022	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL	100%
403080045	30715067	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	100%
403010012	30207037	CRANIOPLASTIA	100%
403010110	30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	100%
403010152	30204038	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	100%

403010250	31401260	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	100%
403010268	30209056	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	100%
403010322	30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	100%
403010365	31401082	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA	100%
403010390	30715083	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	100%
403020018	31403093	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)	100%
403020026	31403042	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (ÚNICO NERVO)	100%
403020034	31403123	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	100%
403020042	31403174	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	100%
403020050	31403123	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	100%
403020069	31403255	MICRONEURORRAFIA	100%
403020085	31403263	NEURORRAFIA	100%
403020093	31403123	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	100%
403020107	31403352	TRANSPOSICAO DO NERVO CUBITAL	100%
403020115	31403360	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	100%
403020123	30737079	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	100%
403020131	31403115	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO / NEUROMA	100%
403030056	30215030	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO	100%
403030137	30302099	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA	100%
403050030	31403026	BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFERICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSAO	100%
403050111	31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CEU ABERTO	100%
403050120	31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR VIDEOCIRURGICA	100%
403050138	31403344	SIMPATECTOMIA TORACICA A CEU ABERTO	100%
403050146	31403379	SIMPATECTOMIA TORACICA VIDEOCIRURGICA	100%
403050154	31405029	TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS	100%
403080096	31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	100%
403080053	31403387	NEUROTOMIA SUPERSELETIVA PARA MOVIMENTOS ANORMAIS	100%
403070147	40813550	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	100%
403060095	31401252	TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MULTIPLAS EM AREAS ELOQUENTES	100%
403060087	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	100%

403060079	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	100%
403060060	31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA	100%
403060044	31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	100%
403060036	31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	100%
403010020	30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	100%
403010039	30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	100%
403010047	31401295	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	100%
403010055	31401066	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TECNICA COMPLEMENTAR)	100%
403010063	31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	100%
403010071	31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	100%
403010098	31401058	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	100%
403010101	31401236	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	100%
403010128	31401031	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA	100%
403010136	30715350	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	100%
403010144	30210011	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	100%
403010195	31401295	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	100%
403010241	30501202	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	100%
403010276	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	100%
403010284	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	100%
403010292	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	100%
403010306	31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	100%
403030030	31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	100%
403030048	31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO	100%
403030080	30715202	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	100%
403030099	30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR	100%
403030102	30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR	100%
403030129	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	100%
403030145	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	100%
403030153	31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	100%

403060028	31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	100%
403040027	31404014	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	100%
403040051	31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL	100%
403040060	31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	100%
403040078	31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	100%
403040086	40813576	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA	100%
403040094	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	100%
403040108	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR (MAIOR QUE 1,5 CM)	100%
403040116	31401171	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	100%
403040124	31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	100%
403050065	30715067	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO	100%
403050162	31403166	TRATAMENTO POR ESTERETAXIA DE LESÃO DE ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATATAMENTO DE MOVIMENTOS ANO	100%
403060010	31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	100%
403080037	31401120	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS	100%
403050057	31401120	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSAO DE FARMACOS	100%
403080100	31401090	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	100%

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS TOP

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser por motivo de **acidente pessoal ou doença**, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Em caso de múltiplos procedimentos realizados durante um período contínuo de internação hospitalar ou durante o mesmo tempo cirúrgico ou indicados para o tratamento da mesma patologia, só será pago o capital segurado correspondente ao primeiro procedimento realizado.

2) CIRURGIAS COBERTAS E CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Serão cobertos **251 procedimentos listados**, todos relacionados ao **aparelho digestivo, vias áreas superiores, face, cabeça e pescoço, aparelho geniturinário**, com o capital segurado será fixo para qualquer procedimento no valor de **R$ 5.000,00**.

Parágrafo Único. A lista de procedimentos está no Anexo IV.

3) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 3º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa e será de 30 dias.

Parágrafo Único. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 meses.

§ 1ª. Após o recebimento da indenização em razão de procedimento coberto, o segurado deverá cumprir carência de 12 meses para que seu capital segurado seja reintegrado, e o segurado tenha novamente direito a indenização em razão de novo procedimento.

5) ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

Art. 5º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com **idade mínima de 16 e máxima de 65 anos**.

Art. 6º. Os segurados que completarem 70 anos serão excluídos da cobertura de Cirurgias.

Art. 7º. O seguro terá sua vigência anual de e sua adesão será compulsória para a massa segurável do Estipulante. Seu custeio será não contributário, arcado pelo Estipulante.

Art. 8º. Caso o Estipulante não realize o pagamento do prêmio mensal no vencimento, a cobertura será suspensa até a retomada dos pagamentos.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

o) cópia da carteira de identidade e CPF;

p) aviso de sinistro;

q) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

r) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

s) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo etc.) do segurado;

t) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e

u) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.

Art. 10. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 12, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 11. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo Único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 12. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir do primeiro início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 10 e 11.

Art. 13. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 13, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

§ 1º. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

ANEXO IV – LISTA DE CIRURGIAS TOP

Código SUS	Código TUSS	Procedimento	Valor
407040242	31009050	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)	100%
407040234	31307116	RESSECCAO DO EPIPLOM	100%
407040200	31008054	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA	100%
407040188	30101824	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	100%
407040153	31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407040145	31009158	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	100%
407040137	31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407040129	31009166	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	100%
407040110	31009140	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	100%
407040102	31009069	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	100%
407040099	31009115	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	100%
407040080	31009107	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	100%
407040072	31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407040064	31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	100%
407040030	31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	100%
407040021	30806011	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO	100%
407040013	40813525	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	100%
407030190	31006051	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407030166	31005012	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	100%
407030158	31005284	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	100%
407030140	31005276	HEPATORRAFIA	100%
407030131	31005292	HEPATECTOMIA PARCIAL	100%
407030123	31007023	ESPLENECTOMIA	100%
407030077	31005543	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407030050	31005152	COLEDOCOPLASTIA	100%
407030042	31005144	COLECISTOSTOMIA	100%
407030034	31005470	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407030026	31005128	COLECISTECTOMIA	100%
407030018	31005039	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	100%
407020411	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	100%
407020403	31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	100%
407020381	31003230	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA	100%
407020365	31003249	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	100%
407020357	31003320	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	100%
407020349	31003389	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	100%
407020322	31004083	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	100%
407020306	31003214	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	100%
407020292	31009077	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	100%
407020284	31004091	HEMORROIDECTOMIA	100%
407020276	31004121	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	100%

407020217	31004075	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	100%
407020209	31003303	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	100%
407020195	31003311	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	100%
407020187	31003290	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	100%
407020152	31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	100%
407020136	31004016	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	100%
407020098	31003230	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	100%
407020080	31003613	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407020047	31003583	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407020039	31003079	APENDICECTOMIA	100%
407020020	31003028	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO	100%
407020012	31003010	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO	100%
407010343	31002250	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM	100%
407010297	31001262	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	100%
407010289	31001238	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	100%
407010238	31002196	PILOROPLASTIA	100%
407010220	31002056	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407010211	31002056	GASTROSTOMIA	100%
407010203	31002145	GASTRORRAFIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407010190	31002145	GASTRORRAFIA	100%
407010165	31002021	GASTROENTEROANASTOMOSE	100%
407010157	31002315	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
407010149	31002129	GASTRECTOMIA TOTAL	100%
407010130	31002072	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA	100%
407010092	31001203	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	100%
407010017	31002030	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA	100%
407040048	30806038	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	100%
407030220	31006086	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM	100%
407030212	31006086	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	100%
407030204	31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA	100%
407020462	31003451	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL	100%
407020179	31003281	ENTERECTOMIA	100%
407020071	31003184	COLECTOMIA TOTAL	100%
407020063	31003168	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	100%
407010360	31002218	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	100%
407010173	31002218	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	100%
407010114	31001220	ESOFAGOSTOMIA	100%
407010106	31001211	ESOFAGORRAFIA TORACICA	100%
407010076	31001068	ESOFAGOGASTRECTOMIA	100%
407010068	31001165	ESOFAGO-COLONPLASTIA	100%
407010041	31001050	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	100%
407010033	31001041	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA	100%

404030157	30201098	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	100%
404030084	30202094	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	100%
404030068	30205182	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	100%
404030050	30208025	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	100%
404030033	30208084	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	100%
404020780	30208114	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	100%
404020771	30202035	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	100%
404020739	30208106	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	100%
404020720	30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	100%
404020704	30207029	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	100%
404020666	30207010	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO SEM OSTEOSSÍNTESE	100%
404020640	30208122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	100%
404020607	30207088	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE.	100%
404020585	30207142	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE.	100%
404020577	30207134	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	100%
404020569	30208017	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	100%
404020542	30501229	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	100%
404020534	30207100	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	100%
404020518	30207029	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	100%
404020500	30207118	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	100%
404020496	30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	100%
404020470	30201080	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	100%
404020461	30208025	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	100%
404020453	30208041	OSTEOTOMIA DA MAXILA	100%
404020429	30302064	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	100%
404020399	30210038	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	100%
404020380	30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	100%
404020356	30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	100%
404020313	30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	100%
404020291	30211042	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	100%

404020275	30313066	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	100%
404020240	30501296	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	100%
404020232	30201020	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	100%
404020224	30302129	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	100%
404020178	30502144	MAXILECTOMIA PARCIAL	100%
404020143	30202078	GLOSSECTOMIA PARCIAL	100%
404020119	30201039	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	100%
404020089	30204038	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	100%
404020070	30204020	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	100%
404020046	30210127	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	100%
404020038	30202060	CORRECAO CIRURGICA DE FISTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	100%
404010504	30501270	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	100%
404010482	30501369	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	100%
404010466	30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	100%
404010458	30206170	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	100%
404010431	30101484	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	100%
404010407	30501261	TRATAMENTO CIRURGICO DE RINITE CRONICA (OZENA)	100%
404010385	30402069	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	100%
404010288	30403073	RESSECCAO DE GLOMO TIMPANICO	100%
404010229	30403081	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	100%
404010210	30403081	MASTOIDECTOMIA RADICAL	100%
404010199	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL	100%
404010180	30206138	LARINGECTOMIA TOTAL	100%
404010172	30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL	100%
404010130	30205174	EXTIRPACAO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	100%
404010121	30206065	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	100%
404010105	30403030	ESTAPEDECTOMIA	100%
404010067	30205018	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	100%
404020690	30208084	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	100%
404020348	30501385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	100%
409070300	31301134	VULVECTOMIA SIMPLES	100%
409070297	31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA	100%
409070270	31103332	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	100%
409070262	31301096	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	100%
409070254	31103324	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	100%
409070246	31102123	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL	100%
409070238	31004113	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA RETO-VAGINAL	100%

409070220	31302114	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	100%
409070203	31103359	OPERACAO DE BURCH	100%
409070149	31302084	EXERESE DE CISTO VAGINAL	100%
409070130	31306047	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	100%
409070106	31302076	COLPOTOMIA	100%
409070092	31302068	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA	100%
409070084	31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR	100%
409070076	31302068	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	100%
409070068	31004300	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	100%
409070050	31302068	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	100%
409070041	31302033	COLPOPERINEOCLEISE	100%
409070033	31302033	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	100%
409070025	31301061	COLPECTOMIA	100%
409060275	30801079	TRAQUELOPLASTIA	100%
409060240	31304087	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
409060232	31304044	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	100%
409060224	31307132	RESSECCAO DE VARIZES PELVICAS	100%
409060216	31305016	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	100%
409060208	31303250	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
409060194	31303145	MIOMECTOMIA	100%
409060178	31303188	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	100%
409060151	31303200	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100%
409060143	31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)	100%
409060135	31303102	HISTERECTOMIA TOTAL	100%
409060127	31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	100%
409060119	31303080	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	100%
409060100	31303102	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	100%
409060038	31303153	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	100%
409060020	31302050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	100%
409050105	31202039	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE DO PENIS	100%
409040231	31203124	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	100%
409040223	31203108	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / DO CORDAO ESPERMATICO	100%
409040215	31203043	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	100%
409040169	31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	100%
409040150	31203078	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	100%
409040142	31203078	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	100%
409040134	31203060	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	100%
409040126	31203060	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	100%
409040088	31204066	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	100%
409040070	31204066	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	100%
409040053	31205011	ESPERMATOCELECTOMIA	100%
409040045	31204031	EPIDIDIMECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	100%
409040037	31204031	EPIDIDIMECTOMIA	100%

409040010	31202020	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	100%
409030040	31201130	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	100%
409030031	31201113	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	100%
409030023	31201121	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	100%
409020176	31104070	URETROTOMIA INTERNA	100%
409020168	31104215	URETROSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA	100%
409020150	31104134	URETRORRAFIA	100%
409020141	31104193	URETROPLASTIA HETEROGENEA	100%
409020133	31104193	URETROPLASTIA AUTOGENA	100%
409020125	31104193	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	100%
409020109	31104088	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	100%
409020095	31104177	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	100%
409020087	31104169	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	100%
409020079	31104142	MEATOTOMIA SIMPLES	100%
409020052	30906210	LIGADURA / SECCAO DE VASOS ABERRANTES	100%
409020044	31103367	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	100%
409020028	30101638	DRENAGEM DE FLEIMAO URINOSO	100%
409020010	31104010	DRENAGEM DE COLECAO PERI-URETRAL	100%
409010588	31102425	URETEROSTOMIA CUTANEA	100%
409010570	31101437	URETEROPLASTIA	100%
409010561	31102301	URETEROLITOTOMIA	100%
409010545	31102344	URETEROENTEROPLASTIA	100%
409010529	31102247	URETERECTOMIA	100%
409010510	31102255	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	100%
409010502	31102530	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	100%
409010499	31103359	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	100%
409010472	31102107	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	100%
409010464	31103308	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL	100%
409010456	31103294	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA	100%
409010430	31103375	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	100%
409010391	31102301	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	100%
409010383	31103219	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	100%
409010375	31102247	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	100%
409010340	31101097	PIELOTOMIA	100%
409010324	31101100	PIELOPLASTIA	100%
409010308	31101321	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	100%
409010294	31101313	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	100%
409010286	31101305	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	100%
409010260	31101291	NEFRORRAFIA	100%
409010251	31101208	NEFROPIELOSTOMIA	100%
409010243	31101283	NEFROPEXIA	100%

409010235	31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	100%
409010227	31101216	NEFROLITOTOMIA	100%
409010219	31101186	NEFRECTOMIA TOTAL	100%
409010200	31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL	100%
409010197	31101127	LOMBOTOMIA	100%
409010189	31102379	LITOTRIPSIA	100%
409010170	31102050	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	100%
409010138	31101011	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	100%
409010120	31103200	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	100%
409010090	31103170	CISTOSTOMIA	100%
409010081	31103162	CISTORRAFIA	100%
409010065	31103090	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	100%
409010057	31103251	CISTOENTEROPLASTIA	100%
409010022	31103065	CISTECTOMIA PARCIAL	100%
409010014	30722217	CAPSULECTOMIA RENAL	100%
409010332	31101372	PIELOSTOMIA	100%
409010049	31103081	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO	100%
409010030	31103073	CISTECTOMIA TOTAL	100%

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS PREMIUM

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser por motivo de **acidente pessoal ou doença**, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Em caso de múltiplos procedimentos realizados durante um período contínuo de internação hospitalar ou durante o mesmo tempo cirúrgico ou indicados para o tratamento da mesma patologia, só será pago o capital segurado correspondente ao primeiro procedimento realizado.

2) CIRURGIAS COBERTAS E CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Serão cobertos **383 procedimentos listados**, todos relacionados a **aparelho circulatório, sistema osteomuscular e demais cirurgias**, com o capital segurado será fixo para qualquer procedimento no valor de **R$ 5.000,00**.

Parágrafo Único. A lista de procedimentos está no Anexo V.

3) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 3º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa e será de 30 dias.

Parágrafo Único. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 meses.

§ 1ª. Após o recebimento da indenização em razão de procedimento coberto, o segurado deverá cumprir carência de 12 meses para que seu capital segurado seja reintegrado, e o segurado tenha novamente direito a indenização em razão de novo procedimento.

4) ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

Art. 5º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com **idade mínima de 16 e máxima de 65 anos**.

Art. 6º. Os segurados que completarem 70 anos serão excluídos da cobertura de Cirurgias.

Art. 7º. O seguro terá sua vigência anual de e sua adesão será compulsória para a massa segurável do Estipulante. Seu custeio será não contributário, arcado pelo Estipulante.

Art. 8º. Caso o Estipulante não realize o pagamento do prêmio mensal no vencimento, a cobertura será suspensa até a retomada dos pagamentos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) aviso de sinistro;

c) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

e) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo etc.) do segurado;

g) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e

h) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.

Art. 10. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 12, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 11. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo Único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 12. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir do primeiro início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 10 e 11.

Art. 13. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 13, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

§ 1º. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 23 das condições gerais.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

ANEXO V – LISTA DE CIRURGIAS PREMIUM

Código SUS	Código TUSS	Procedimento	Valor
408060670	30101751	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	100%
408060638	30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	100%
408060620	30724066	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	100%
408060611	30726255	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	100%
408060603	31009263	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIA MUSCULAR	100%
408060590	30720117	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	100%
408060581	30722250	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	100%
408060573	30722284	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	100%
408060565	30728029	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	100%
408060557	30715210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)	100%
408060549	30730155	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	100%
408060530	30717167	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	100%
408060484	30731143	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	100%
408060476	30729270	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	100%
408060468	30730040	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	100%
408060450	30730112	TENOMIORRAFIA	100%
408060441	30731097	TENÓLISE	100%
408060433	30731089	TENODESE	100%
408060425	30722241	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	100%
408060417	30101778	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	100%
408060336	30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	100%
408060328	30714010	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	100%
408060301	30730058	RESSECÇÃO MUSCULAR	100%
408060212	30722713	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	100%
408060204	30730155	REINSERÇÃO MUSCULAR	100%
408060190	30720141	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	100%
408060182	30722705	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	100%
408060174	30720141	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	100%
408060166	30720150	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	100%
408060140	30726204	FASCIECTOMIA	100%
408060131	30721083	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	100%

408060123	30717035	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	100%
408060115	30720079	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	100%
408060107	30732034	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS	100%
408060093	30715091	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	100%
408060085	30731038	BURSECTOMIA	100%
408060077	30722705	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	100%
408060069	30724074	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	100%
408060050	30721032	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	100%
408060042	30722071	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	100%
408060034	30720028	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)	100%
408060018	30720010	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	100%
408050926	30726166	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	100%
408050918	30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	100%
408050900	30729106	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	100%
408050896	30733057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	100%
408050888	30726140	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	100%
408050870	30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	100%
408050861	30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	100%
408050845	30726220	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	100%
408050837	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO	100%
408050829	30729190	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	100%
408050810	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	100%
408050802	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTER	100%
408050799	30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMU	100%
408050780	30728177	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	100%
408050721	30729084	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	100%
408050713	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	100%

408050705	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	100%
408050691	30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	100%
408050683	30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	100%
408050675	30725054	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	100%
408050667	30726247	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	100%
408050659	30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	100%
408050632	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	100%
408050624	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	100%
408050616	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	100%
408050608	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA	100%
408050594	30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	100%
408050586	30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	100%
408050578	30728126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	100%
408050560	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	100%
408050551	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	100%
408050543	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	100%
408050535	30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	100%
408050527	30726107	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	100%
408050519	30725160	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	100%
408050500	30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	100%
408050497	30728100	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	100%
408050489	30725070	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	100%
408050470	30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	100%
408050462	30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	100%
408050454	30729157	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	100%
408050446	30729190	TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL	100%
408050438	30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	100%

408050420	30726131	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	100%
408050390	30730155	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	100%
408050381	30724236	TRANSFERENCIA DO GRANDE TROCANTER (PROCEDIMENTO ISOLADO)	100%
408050373	30728029	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	100%
408050179	30726131	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	100%
408050160	30733073	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	100%
408050152	30726190	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	100%
408050144	30728142	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	100%
408050136	30726182	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	100%
408050128	30726239	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	100%
408050110	30726247	QUADRICEPSPLASTIA	100%
408050101	30726107	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	100%
408050080	30729122	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	100%
408050071	30726034	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	100%
408050039	30726026	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	100%
408050020	30728010	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	100%
408050012	30725038	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	100%
408040335	30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	100%
408040319	30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)	100%
408040289	30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	100%
408040270	30715148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	100%
408040262	30723051	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTER	100%
408040254	30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL P	100%
408040246	30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA AVULSÃO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILÍACA S/ LESÃO DO ANEL PÉL	100%
408040238	30730015	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR	100%
408040173	30724171	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO	100%
408040157	30723086	OSTEOTOMIA DA PELVE	100%
408040149	30724228	OSTECTOMIA DA PELVE	100%
408040130	30724147	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	100%

408040122	30724139	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	100%
408040033	30723086	ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS	100%
408040025	30723086	ARTRODESE DA SÍNFISE PÚBICA	100%
408040017	30724031	ARTRODESE COXOFEMORAL	100%
408030798	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NIVEIS	100%
408030780	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NIVEIS	100%
408030704	40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	100%
408030640	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTORSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	100%
408030631	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	100%
408030623	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	100%
408030615	30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	100%
408030607	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	100%
408030593	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	100%
408030577	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	100%
408030569	30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	100%
408030542	30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAIL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	100%
408030534	30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	100%
408030526	30715148	RESSEÇÃO DE COCCIX	100%
408030518	30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS	100%
408030470	30730066	DRENAGEM CIRÚRGICA DO ILIOPSOAS	100%
408030461	30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	100%
408030453	30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	100%
408030445	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	100%
408030437	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	100%
408030429	30715393	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	100%
408030402	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	100%
408030399	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	100%
408030380	30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	100%
408020636	30720168	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR	100%

408020610	30722462	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	100%
408020601	30721075	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍIVEL DO CARPO	100%
408020598	30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	100%
408020580	30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	100%
408020571	30718090	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	100%
408020563	30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	100%
408020555	30721210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	100%
408020547	30719100	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	100%
408020539	30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	100%
408020520	30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	100%
408020512	30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	100%
408020504	30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	100%
408020490	30730074	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO	100%
408020482	30721237	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	100%
408020466	30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	100%
408020458	30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	100%
408020440	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	100%
408020431	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	100%
408020423	30720176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	100%
408020415	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	100%
408020407	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	100%
408020393	30718058	TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	100%
408020385	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	100%
408020377	30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	100%

408020369	30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA /	100%
408020350	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPI~CÔNDILO / EPITROCLEA DO ÚMERO	100%
408020342	30722527	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	100%
408020334	30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO	100%
408020326	30722276	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	100%
408020300	30721245	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	100%
408020296	30721105	REVISÃO CIRÚGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	100%
408020288	30722683	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR	100%
408020270	30705100	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO AO NÍVEL DA MÃO E OUTROS DEDOS (EXCETO PÓLEGAR)	100%
408020148	30731011	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	100%
408020130	30721237	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	100%
408020121	30722209	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	100%
408020105	30101778	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	100%
408020091	30720141	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	100%
408020083	30719020	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISAO / RECONSTRUCAO)	100%
408020075	30719020	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	100%
408020067	30721067	ARTROPLASTIA DE PUNHO	100%
408020059	30719020	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	100%
408020040	30721075	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO	100%
408020024	30718015	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	100%
408010231	30735033	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	100%
408010223	30717132	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	100%
408010215	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	100%
408010207	30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	100%
408010193	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	100%
408010185	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	100%
408010177	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	100%
408010169	30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA	100%
408010150	30717108	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	100%
408010142	30735068	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	100%

408010134	30717094	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	100%
408010118	30717051	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	100%
408010096	30717019	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	100%
408010088	30717060	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORÁCICA	100%
408010070	30717060	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	100%
408010061	30717159	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	100%
408010053	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	100%
408010045	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	100%
408010037	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	100%
408010029	30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS	100%
408010010	30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁCICAS	100%
408050063	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	100%
408050055	30726255	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	100%
408050047	30726034	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	100%
408040114	30723027	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	100%
408040092	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	100%
408040084	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	100%
408040076	30724279	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	100%
408040068	30724058	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	100%
408040050	30724082	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	100%
408040041	30724058	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	100%
408030747	30715164	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	100%
408030585	30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	100%
408030550	30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	100%
408030500	30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS	100%
408030372	30715091	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA	100%
408030364	30715091	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	100%
408030356	30715091	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA	100%
408030291	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	100%
408030267	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	100%
408030259	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,	100%

408030240	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS	100%
408030232	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	100%
408030178	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	100%
408030151	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	100%
408030143	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	100%
408030135	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	100%
408030127	30715024	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	100%
408030119	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	100%
408030089	30715164	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	100%
408030070	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	100%
408030062	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS	100%
408030054	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS	100%
408030038	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	100%
408030020	30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NIVEL	100%
408030348	40814092	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	100%
408030321	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,	100%
408030313	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	100%
408030305	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	100%
408030283	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	100%
408030194	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	100%
408030917	30715016	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	100%
408030275	30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	100%
408030208	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	100%
408030186	30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	100%
408030160	30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS	100%
408030100	30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	100%
416030343	30212146	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	100%
416030238	30205212	RESSECCAO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA	100%
415040027	30730031	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	100%
412050102	30803039	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO	100%
412020050	30805147	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO	100%
409050083	31206220	PROSTECTOMIA	100%

408060310	30731232	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	100%
408060298	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO POR DESLIZAMENTO	100%
408060280	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (APENAS MÃO E PÉ)	100%
408060271	30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	100%
408060255	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO	100%
408060247	30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (EXCETO MÃO E PÉ)	100%
408060239	30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MICROCIRÚRGICO	100%
404010032	30205026	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	100%
404010024	30205050	AMIGDALECTOMIA	100%
404010016	30205042	ADENOIDECTOMIA	100%
403030161	30715202	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	100%
416090133	30101913	RESSECCAO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	100%
416090109	30732085	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO COM SUBSTITUICAO (ENDOPROTESE) OU COM RECONSTRUÇÃO E FIXAÇÃO EM ONCOLOGI	100%
416040250	31101470	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	100%
416040144	31009204	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	100%
416030360	30213029	RESSECCAO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA	100%
416010164	31101470	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	100%
412040107	30601134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)	100%
408060263	30732085	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	100%
404010539	30404134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	100%
406010900	30917042	RESSECCAO DE TUMOR INTRACARDIACO	100%
406040257	40814033	FIBRINOLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	100%
406030103	30912210	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE SISTEMA CARDIOVASCULAR POR TECNICAS HEMODINAMICAS	100%
406020590	30907110	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	100%
406020574	30907144	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	100%
406020566	30907136	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	100%
406020558	30101140	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA	100%
406020540	30910102	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DO ABDOMEN	100%
406020531	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	100%

406020523	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL	100%
406020515	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	100%
406020507	30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL	100%
406020493	30910110	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL	100%
406020485	30906040	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS	100%
406020477	30907128	TRANSPOSICAO DE VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	100%
406020469	30907128	TRANSPLANTE DE SEGMENTO VENOSO VALVULADO	100%
406020450	30906296	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA PROXIMAL	100%
406020442	30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	100%
406020434	30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	100%
406020426	30906423	REVASCULARIZACAO DO MEMBRO SUPERIOR	100%
406020388	30906202	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL	100%
406020370	30906199	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	100%
406020302	30906113	PLASTIA ARTERIAL C/ REMENDO (QUALQUER TECNICA)	100%
406020280	30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL	100%
406020272	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR	100%
406020264	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	100%
406020256	30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL BILATERAL	100%
406020248	30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	100%
406020230	30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	100%
406020221	30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	100%
406020213	30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL	100%
406020191	30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA	100%
406020167	30730090	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO	100%
406020108	30212014	DISSECCAO RADICAL DO PESCOCO	100%
406020078	30913012	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL	100%
406010978	30917034	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDIACO PERFURO-CORTANTE	100%
406010960	30917034	TRATAMENTO DE CONTUSAO MIOCARDICA	100%
406010919	30904110	RETIRADA DE SISTEMA DE ESTIMULACAO CARDIACA ARTIFICIAL	100%
406010870	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	100%
406010862	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	100%
406010854	30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	100%

406010773	30912156	PERICARDIOCENTESE	100%
406010684	30904080	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORARIO TRANSVENOSO	100%
406040303	40813690	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDO	100%
406040290	30501482	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDOSCOPICO)	100%
406040281	30912032	RECONSTRUCAO DA BIFURCACAO AORTO-ILIACA C/ ANGIOPLASTIA E STENTS	100%
406040249	40814017	FIBRINOLISE P/ EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	100%
406040230	30912113	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	100%
406040222	40813576	FECHAMENTO PERCUTANEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	100%
406030138	30912245	VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTANEA	100%
406030111	30912245	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA	100%
406030090	30912148	FECHAMENTO PERCUTANEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	100%
406020604	30907128	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	100%
406020418	30906121	REVASCULARIZACAO DE ARTERIAS VISCERAIS	100%
406020361	30906180	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	100%
406020353	30906229	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL	100%
406020345	30906300	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	100%
406020337	30906342	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	100%
406020329	30906270	PONTE AXILO-FEMURAL	100%
406020310	30906261	PONTE AXILO-BIFEMURAL	100%
406020043	30906016	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	100%
406020035	30907047	ANASTOMOSE PORTO-CAVA	100%
406020019	30907047	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVACAO CENTRAL	100%
406010765	30915040	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	100%
406010757	30915040	PERICARDIECTOMIA	100%
406010676	30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	100%
406010668	30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA EPIMIOCARDICO	100%
406010650	30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	100%
406010110	30917034	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	100%
406030146	30912245	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDE PERCUTANEA	100%
406011230	30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC	100%
406011222	30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR S/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100%
406011214	30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR C/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100%
406010994	30906032	TROCA DE ARCO AORTICO	100%

406010935	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	100%
406010927	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA	100%
406010889	30901103	RESSECCAO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	100%
406010846	30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	100%
406010838	30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA	100%
406010820	30902029	PLASTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MULTIPLA	100%
406010811	30903033	PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	100%
406010692	30902053	IMPLANTE DE PROTESE VALVAR	100%
406010633	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100%
406010625	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	100%
406010617	30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO P/ EPIMIOCARDICO (POR TORACOTO	100%
406010609	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100%
406010595	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO PARA EPIMIOCARDICO POR	100%
406010587	30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	100%
406010579	30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P	100%
406010560	30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	100%
406010137	30906083	CORRECAO DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	100%
406010099	30901049	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR	100%
406010080	30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	100%
406010072	30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	100%
406010064	30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	100%
406040265	40813932	IMPLANTACAO DE SHUNT INTRA-HEPATICO PORTO-SISTEMICO (TIPS) C/ STENT NAO RECOBERTO	100%
406020582	30906032	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	100%
406010951	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	100%
406010943	30903025	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA	100%
406010803	30902010	PLASTICA VALVAR	100%
406010730	30912130	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR	100%
406010706	30903017	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NAO A REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	100%
406010641	30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA EPIMIOCARDICO	100%

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIAS MAIS AMPARO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença. Poderão contratar essa cobertura, segurados entre 16 e 70 anos mediante a assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Parágrafo único. Ao atingir 80 (oitenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) COBERTURA

Art. 2°. Esta cobertura garante o pagamento de percentual do capital segurado contratado, limitado a 100%, em decorrência de realização de procedimento cirúrgico, listado no Anexo VI, por médico especializado.

§ 1º. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser exclusivamente por motivo de acidente pessoal ou doença, que tenha ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, quando houver, devendo ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

§ 2º. Quando, na mesma internação hospitalar ou no mesmo ato cirúrgico, forem realizados dois ou mais procedimentos ou tratamentos cobertos e previstos no Anexo VI, a seguradora pagará uma única indenização, correspondente ao procedimento ou patologia de maior valor. Se os valores forem iguais, será paga apenas uma indenização.

§ 3º. Quando mais de um procedimento cirúrgico coberto for indicado para o tratamento da mesma patologia ou para a correção de suas sequelas, ainda que realizados em momentos distintos, esses procedimentos serão considerados como um único evento médico para fins de indenização, sendo devido apenas o valor correspondente ao maior capital segurado entre os procedimentos realizados.

§ 4º. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da realização do procedimento cirúrgico coberto.

§ 1º. O capital segurado será reintegrado após cada evento coberto, respeitando o limite de 2 procedimentos por eventos diferentes durante a vigência individual do seguro.

§ 2º. Os valores de Capital Segurado com os respectivos Procedimentos Cirúrgicos Cobertos estão listados no "Anexo VI" destas Condições Gerais.

§ 3º. Este seguro é cumulativo com outras coberturas contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento.

4) CARÊNCIA

Art. 4º. Não há carência para procedimentos cirúrgicos decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de tentativa de suicídio, que têm carência de 24 (vinte e quatro) meses.

Art. 5º. Para procedimentos cirúrgicos classificados como programáveis, conforme Anexo VI, haverá um período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

Parágrafo único. Não haverá carência para os procedimentos cirúrgicos decorrentes de tumores malignos. Os procedimentos cirúrgicos relacionados a tumores benignos estarão sujeitos ao cumprimento do período de carência previsto.

Art. 6º. Após o recebimento da indenização em razão de procedimento coberto, o segurado deverá cumprir carência de 6 (seis) meses para que seu capital segurado seja reintegrado, e o segurado tenha novamente direito a indenização em razão de novo procedimento.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7°. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de Cirurgias Mais Amparo, os abaixo especificados:

a) condições congênitas;

b) anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;

c) procedimentos cirúrgicos por tentativa de suicídio ou lesão auto infligida nos dois (2) primeiros anos de vigência, ou renovação do contrato, quando suspenso, contados a partir do início do período de seguro;

d) doença mental, nervosa ou senil, tratamento psiquiátrico ou psicológico, transtornos mentais, epilepsia, histeria, neurose ou psicose, estresse, bulimia, anorexia, estados de depressão psíquica nervosa ou Alzheimer;

e) procedimentos diagnósticos como biópsias;

f) cirurgias relacionadas à maternidade, aborto, parto, parto normal, cesárea e/ou suas complicações;

g) cirurgia fetal;

h) controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, disfunção erétil, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis;

i) cirurgias cosméticas, estéticas, plásticas e/ou reconstrutivas e quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente coberto pela apólice;

j) tratamento ou cirurgias dentárias, extração alveolar, gengival e dentária;

k) procedimentos relacionados à obesidade mórbida, redução de peso, mudança de sexo, esterilização, calvície e impotência sexual;

l) consumo, diagnóstico, tratamento médico ou cirúrgico e/ou suas complicações em relação a tabagismo, alcoolismo ou dependência de drogas;

m) procedimentos relacionados ao tratamento de diálise e insuficiência renal;

n) tratamentos médicos ou cirúrgicos destinados a corrigir miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia e catarata;

o) cirurgias relacionadas ao nariz e/ou seios paranasais, exceto aquelas resultantes de um acidente coberto pela apólice;

p) tratamento ambulatorial (qualquer consulta médica ou cirúrgica, investigação ou procedimento realizado que não exija o uso de uma sala e cirurgia);

q) cirurgia para coleta de órgãos ou tecidos;

r) qualquer transplante realizado como doador;

s) cirurgia a laser;

t) cirurgia para remover material implantado em uma cirurgia anterior;

u) procedimentos experimentais;

v) internações/cirurgias não clinicamente necessárias;

w) transplante de células-tronco, células das ilhotas do pâncreas, assim como qualquer outro transplante que não seja do coração, pulmão, fígado, rim ou pâncreas;

x) procedimentos endovasculares;

y) biópsia pulmonar;

z) cirurgia percutânea ou infiltrações no disco intervertebral;

aa) tumores descritos histologicamente como benignos, pré-cancerígenos potencialmente malignos ou pouco cancerígenos ou não invasivos;

bb) biópsia cerebral ou cirurgia da glândula pituitária;

cc) diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos não legalmente qualificados; e

dd) qualquer procedimento diferente daqueles listados sob o "Anexo VI".

6) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 8°. A atualização monetária dessa cobertura se dará conforme item 11 dessas condições gerais, entretanto, além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas no item 11, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Idades	Reenquadramento Etário	Idades	Reenquadramento Etário
16 anos	0,0%	49 anos	5,4%
17 anos	0,0%	50 anos	5,4%
18 anos	0,0%	51 anos	5,4%
19 anos	0,0%	52 anos	5,4%
20 anos	0,0%	53 anos	0,4%
21 anos	0,5%	54 anos	5,9%
22 anos	0,5%	55 anos	5,9%
23 anos	0,5%	56 anos	5,9%
24 anos	0,5%	57 anos	5,9%
25 anos	0,5%	58 anos	-1,2%
26 anos	0,5%	59 anos	4,5%
27 anos	0,5%	60 anos	4,5%
28 anos	0,5%	61 anos	4,5%
29 anos	0,5%	62 anos	4,5%
30 anos	0,5%	63 anos	4,5%
31 anos	0,5%	64 anos	3,7%
32 anos	0,5%	65 anos	3,7%
33 anos	13,1%	66 anos	3,7%
34 anos	2,3%	67 anos	3,7%
35 anos	2,3%	68 anos	3,7%
36 anos	2,3%	69 anos	3,1%
37 anos	2,3%	70 anos	3,1%
38 anos	2,3%	71 anos	3,1%
39 anos	2,5%	72 anos	3,1%
40 anos	2,5%	73 anos	3,1%
41 anos	2,5%	74 anos	3,2%
42 anos	2,5%	75 anos	3,2%
43 anos	2,5%	76 anos	3,2%
44 anos	4,3%	77 anos	3,2%
45 anos	4,3%	78 anos	3,2%
46 anos	4,3%	79 anos	3,2%
47 anos	4,3%	80 anos	3,2%
48 anos	4,3%		

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 9°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) aviso de sinistro;

c) relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico (definição técnica ou código da tabela TUSS), nome do hospital, e data do procedimento;

d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento cirúrgico, e data do procedimento;

e) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.)do segurado;

f) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia;

g) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada;

h) Formulário de Procedimentos Cirúrgicos Cobertos, devidamente assinalado com o procedimento executado, assinado e carimbado pelo médico que solicitou ou indicou a realização do procedimento cirúrgico objeto de indenização deste seguro;

i) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

c) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

d) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 10. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

ANEXO VI – LISTA DE CIRURGIAS MAIS AMPARO

TUSS	PROCEDIMENTOS	PERCENTUAL	CARÊNCIA
20104073	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	50%	NÃO
30101140	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LINFEDEMA (POR ESTÁGIO)	10%	NÃO
30101140	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA	10%	NÃO
30101174	RECONSTRUCAO C/ RETALHO MIOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30101174	RECONSTRUCAO POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30101190	LIPOENXERTIA DE GLUTEO EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA GLUTEA DECORRENTE DO USO DE ANTI- RETROVIRAL	10%	NÃO
30101336	ENXERTO DE PELE (HOMOENXERTO INCLUSIVE)	10%	NÃO
30101336	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO	10%	NÃO
30101336	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	10%	NÃO
30101336	HOMOENXERTIA (ATO CIRURGICO PRE E POS-OPERATORIO)	10%	NÃO
30101344	ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO - POR UNIDADE TOPOGRÁFICA (UT)	10%	NÃO
30101344	TRATAMENTO EM ESTAGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA	10%	NÃO
30101360	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	10%	NÃO
30101379	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL	10%	NÃO
30101441	EXCISAO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30101441	EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	10%	NÃO
30101450	EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30101450	EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES (CIRCULARES OU NÃO) COM ROTAÇÃO DE RETALHOS CUTÂNEOS	10%	NÃO
30101468	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	10%	NÃO
30101484	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	10%	NÃO
30101484	EXÉRESE DE UNHA	10%	NÃO
30101530	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS (POR ESTÁGIO)	10%	NÃO
30101530	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	10%	NÃO
30101638	DRENAGEM DE FLEIMAO URINOSO	10%	NÃO
30101697	RETALHO COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	20%	NÃO
30101743	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DA AXILA	10%	NÃO
30101751	RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30101751	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	10%	NÃO
30101778	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	10%	NÃO
30101778	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	10%	NÃO
30101778	RETRAÇÃO DE APONEVROSE PALMAR (DUPUYTREN) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30101824	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	10%	NÃO
30101824	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS	10%	NÃO

30101913	RESSECCAO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30101913	TU PARTES MOLES - EXÉRESE	20%	NÃO
30201020	EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO	10%	NÃO
30201020	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	10%	NÃO
30201039	RESSECÇÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO OU RETALHO	100%	NÃO
30201047	RESSECCAO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUCAO COM RETALHO MIOCUTANEO	100%	NÃO
30201055	RESSECÇÃO EM CUNHA DE LÁBIO E SUTURA	100%	NÃO
30201080	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	10%	NÃO
30201098	RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO	50%	NÃO
30202035	EXCISÃO DE LESÃO MALIGNA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS LOCAIS	10%	NÃO
30202035	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	10%	NÃO
30202043	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA	100%	NÃO
30202060	CORRECAO CIRURGICA DE FISTULA ORO-NASAL / ORO- SINUSAL	10%	NÃO
30202078	GLOSSECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
30202078	GLOSSECTOMIA TOTAL	100%	NÃO
30202094	PALATOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO	10%	NÃO
30204020	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR	100%	NÃO
30204038	EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	10%	NÃO
30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	10%	NÃO
30204054	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA	100%	NÃO
30204070	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇÃO DO NERVO FACIAL	100%	NÃO
30204089	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM SACRIFÍCIO DO NERVO FACIAL, SEM RECONSTRUÇÃO	100%	NÃO
30204100	EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE - GLÂNDULAS SALIVARES	100%	SIM
30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30204100	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBLINGUAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30205018	ABSCESSO FARÍNGEO - QUALQUER ÁREA	10%	NÃO
30205018	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	10%	NÃO
30205026	ADENO TONSILECTOMIA - REVISÃO CIRÚRGICA	10%	NÃO
30205026	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	10%	SIM
30205042	ADENOIDECTOMIA	10%	SIM
30205050	AMIGDALECTOMIA	10%	SIM
30205107	CORPO ESTRANHO DE FARINGE - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL	10%	NÃO
30205140	FARINGOLARINGECTOMIA	100%	NÃO
30205158	FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL	50%	NÃO
30205174	EXTIRPACAO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	10%	NÃO
30205174	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30205174	RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)	20%	NÃO
30205182	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	10%	NÃO
30205182	RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL	10%	NÃO
30205212	RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCÓPICA	10%	NÃO

30205212	RESSECCAO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30205239	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL	100%	NÃO
30205239	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30206049	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA	20%	NÃO
30206065	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	10%	NÃO
30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30206138	LARINGECTOMIA TOTAL	10%	NÃO
30206138	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL	10%	NÃO
30206138	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30206170	LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	10%	NÃO
30206170	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	10%	NÃO
30206200	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	10%	NÃO
30206367	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA LARÍNGEO (AGUDO)	50%	NÃO
30207010	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO SEM OSTEOSSÍNTESE	10%	NÃO
30207029	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	10%	NÃO
30207029	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	10%	NÃO
30207029	REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR (COM FIXAÇÃO)	10%	NÃO
30207037	REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO FRONTAL)	10%	NÃO
30207037	REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO FRONTAL)	10%	NÃO
30207088	FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA COM CONTENÇÃO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	10%	NÃO
30207088	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE	10%	NÃO
30207096	FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	10%	NÃO
30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	10%	NÃO
30207096	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	10%	NÃO
30207100	FRATURA NASO ETMÓIDO ÓRBITO-ETMOIDAL	10%	NÃO
30207100	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO- ÓRBITO-ETMOIDAL	10%	NÃO
30207118	FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	10%	NÃO
30207118	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	10%	NÃO
30207134	FRATURAS ALVEOLARES - FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO	10%	NÃO
30207134	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	10%	NÃO
30207142	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT I E II - REDUÇÃO E APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	10%	NÃO
30207142	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE	10%	NÃO

30208017	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO- MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	10%	SIM
30208017	ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	10%	NÃO
30208025	OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	10%	NÃO
30208025	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	10%	NÃO
30208025	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	10%	NÃO
30208041	OSTEOTOMIA DA MAXILA	10%	NÃO
30208041	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR	10%	NÃO
30208084	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	20%	NÃO
30208084	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	10%	NÃO
30208106	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO	50%	NÃO
30208106	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	10%	NÃO
30208114	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO	50%	NÃO
30208114	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	10%	NÃO
30208122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	10%	NÃO
30209056	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	10%	NÃO
30210011	PREENCHIMENTO FACIAL C/ TECIDO GORDUROSO EM PACIENTE C/ LIPOATROFIA DE FACE DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10%	NÃO
30210011	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	20%	NÃO
30210038	PARALISIA FACIAL - REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL (REGIÃO ORAL), SEM NEUROTIZAÇÃO	10%	NÃO
30210038	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	10%	NÃO
30210127	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	10%	NÃO
30210127	EXÉRESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FÍSTULA	10%	NÃO
30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	10%	NÃO
30210127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	10%	NÃO
30211042	HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SEGMENTAR OU SECCIONAL DA MANDÍBULA	10%	NÃO
30211042	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	10%	NÃO
30212014	CERVICOTOMIA EXPLORADORA	10%	NÃO
30212014	DISSECCAO RADICAL DO PESCOCO	10%	NÃO
30212030	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL (ESPECIFICAR O LADO)	10%	NÃO
30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	10%	NÃO
30212030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	10%	NÃO
30212090	LINFADENECTOMIA PROFUNDA	10%	NÃO
30212090	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30212146	RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO	10%	SIM

30212146	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	10%	SIM
30212189	LIPOASPIRACAO DE GIBA OU REGIÃO SUBMANDIBULAR EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10%	NÃO
30212189	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSA CERVICAL	10%	NÃO
30213029	BÓCIO MERGULHANTE: EXTIRPAÇÃO POR ACESSO CÉRVICO-TORÁCICO	20%	SIM
30213029	EXTIRPACAO DE BOCIO INTRATORACICO POR VIA TRANSESTERNAL	10%	SIM
30213029	RESSECCAO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30213037	ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA	10%	SIM
30213037	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	10%	SIM
30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL	10%	SIM
30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10%	SIM
30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30214025	PARATIREOIDECTOMIA	10%	NÃO
30214025	PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA	20%	NÃO
30214025	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30215013	CRANIOPLASTIA	10%	NÃO
30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	20%	NÃO
30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	20%	NÃO
30215030	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO	10%	NÃO
30215030	CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS	10%	NÃO
30215048	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	100%	NÃO
30215056	RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	10%	NÃO
30215080	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO	10%	NÃO
30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	10%	NÃO
30215099	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	10%	NÃO
30301017	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	10%	NÃO
30301157	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	10%	NÃO
30301173	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR)	20%	NÃO
30301173	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	10%	NÃO
30301211	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	10%	NÃO
30302021	DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO	10%	NÃO
30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA	10%	NÃO
30302021	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO	10%	NÃO
30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	10%	NÃO
30302030	EXENTERACAO DE ORBITA	10%	NÃO
30302056	EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PÁLPEBRA, CAVIDADE ORBITÁRIA E OLHOS	10%	NÃO
30302056	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	10%	NÃO
30302064	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	10%	NÃO
30302099	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA	10%	NÃO
30302110	RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	10%	NÃO

30302110	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTÁGIO	10%	NÃO
30302129	RECONSTRUÇÃO TOTAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTÁGIO	10%	NÃO
30302129	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	10%	NÃO
30302137	ORBITOTOMIA	10%	NÃO
30302137	TUMOR DE ÓRBITA - EXÉRESE	10%	NÃO
30303052	PLÁSTICA DE CONJUNTIVA	10%	NÃO
30303052	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	10%	NÃO
30304075	TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	10%	NÃO
30304075	TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	10%	NÃO
30304083	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	10%	NÃO
30305020	RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	10%	NÃO
30306019	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	10%	NÃO
30306019	CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA	10%	NÃO
30307112	VITRECTOMIA ANTERIOR	10%	NÃO
30307120	VITRECTOMIA POSTERIOR	10%	NÃO
30307120	VITRECTOMIA VIAS PARES PLANA	10%	NÃO
30308038	SUTURA DE ESCLERA	10%	NÃO
30309018	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	10%	NÃO
30309018	ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE	10%	NÃO
30309018	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	10%	NÃO
30310032	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS	10%	NÃO
30310032	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	10%	NÃO
30313023	DACRIOCISTECTOMIA - UNILATERAL	10%	NÃO
30313023	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	10%	NÃO
30313058	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	10%	NÃO
30313066	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	10%	NÃO
30313066	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	10%	NÃO
30313066	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	10%	NÃO
30401046	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTETICO DA ORELHA	10%	NÃO
30401062	RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA	10%	NÃO
30401062	RECONSTRUCAO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	10%	NÃO
30401062	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA	10%	NÃO
30401062	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLOS ESTAGIOS)	10%	NÃO
30401097	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30401097	RESSECÇÃO SUBTOTAL OU TOTAL DE ORELHA	10%	NÃO
30402069	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	10%	NÃO
30403030	ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA	10%	NÃO
30403073	RESSECCAO DE GLOMO TIMPANICO	10%	NÃO
30403081	MASTOIDECTOMIA RADICAL	10%	NÃO
30403081	MASTOIDECTOMIA SIMPLES OU RADICAL MODIFICADA	10%	NÃO
30403081	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	10%	NÃO
30403111	TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA	50%	NÃO
30404126	RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL	50%	NÃO
30404134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	20%	SIM

30404150	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL (PRIMEIRA IMPLANTAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO)	50%	NÃO
30501202	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	20%	NÃO
30501229	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	10%	NÃO
30501261	TRATAMENTO CIRURGICO DE RINITE CRONICA (OZENA)	10%	NÃO
30501270	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	10%	NÃO
30501296	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	10%	NÃO
30501385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	20%	NÃO
30501482	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDOSCOPICO)	20%	NÃO
30502012	ANGIOFIBROMA - RESSECÇÃO TRANS MAXILAR E/OU TRANS PALATINA	50%	SIM
30502144	MAXILECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
30601029	COSTECTOMIA	10%	NÃO
30601037	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	10%	NÃO
30601045	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE	20%	NÃO
30601053	FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA	10%	NÃO
30601070	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES / DO OMENTO	10%	NÃO
30601096	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	20%	NÃO
30601134	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)	20%	SIM
30601142	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	10%	NÃO
30601150	TORACECTOMIA	20%	NÃO
30601150	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL (POR PROTESE)	10%	NÃO
30601150	TORACECTOMIA COMPLEXA EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30601150	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	10%	NÃO
30601150	TORACECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30601177	TORACOTOMIA COM BIÓPSIA	10%	NÃO
30601185	TORACOTOMIA EXPLORADORA (EXCLUÍDOS OS PROCEDIMENTOS INTRATORÁCICOS)	10%	NÃO
30601193	TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	10%	NÃO
30601215	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	10%	NÃO
30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO	20%	NÃO
30601240	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	10%	NÃO
30602033	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	10%	SIM
30602076	RESSECCAO DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA COM MARCACAO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	10%	NÃO
30602114	TRATAMENTO DE GINECOMASTIA OU PSEUDOGINECOMASTIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	10%	NÃO
30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR	10%	NÃO
30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL	10%	NÃO
30602130	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	10%	NÃO
30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	10%	NÃO

30602149	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30602149	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA - QUALQUER TÉCNICA	10%	NÃO
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES	10%	NÃO
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30602165	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE	10%	NÃO
30602190	QUADRANTECTOMIA E LINFADENECTOMIA AXILAR	10%	NÃO
30602190	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10%	NÃO
30602203	QUADRANTECTOMIA - RESSECÇÃO SEGMENTAR	10%	SIM
30602203	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	10%	SIM
30602203	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	10%	SIM
30602262	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL NO PROCESSO	10%	SIM
30602289	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
30602289	RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA / TORÁCICA LATERAL	10%	NÃO
30602351	REDUCAO MAMARIA EM PACIENTE C/ LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	10%	NÃO
30701015	ABDOMINAL OU HIPOGÁSTRICO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701023	ANTEBRAÇO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701031	AXILAR - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701040	COURO CABELUDO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701058	DELTOPEITORAL - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701066	DIGITAIS (DA FACE VOLAR E LÁTERO-CUBITAL DOS DEDOS MÉDIO E ANULAR DA MÃO) – TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701082	DORSAL DO PÉ - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701090	ESCAPULAR - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701120	INGUINO-CURAL - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	50%	NÃO
30701171	RETROAURICULAR	50%	NÃO
30701180	TEMPORAL	50%	NÃO
30701198	TRANSPLANTE CUTÂNEO COM MICRO ANASTOMOSE	50%	NÃO
30701210	TRANSPLANTE MIOCUTÂNEO COM MICROANASTOMOSE	50%	NÃO
30702011	GRANDE DORSAL (LATISSIMUS DORSI) – TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30702046	RETO ABDOMINAL (RECTUS ABDOMINIS)	50%	NÃO
30702054	RETO INTERNO (GRACILIS) – TRANSPLANTES MÚSCULOCUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30702062	SERRATO MAIOR (SERRATUS) – TRANSPLANTES MÚSCULOCUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30702070	TENSOR DA FÁSCIA LATA (TENSOR FÁSCIA LATA) – TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICRO ANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30703115	RETO ANTERIOR (RECTUS FEMORIS)	50%	NÃO

30703123	RETO INTERNO (GRACILIS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICRO ANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30703131	SARTÓRIO (SARTORIUS)	50%	NÃO
30703140	SEMIMEMBRANOSO (SEMIMEMBRANOSUS)	50%	NÃO
30703158	SEMITENDINOSO (SEMITENDINOSUS)	50%	NÃO
30703166	SERRATO MAIOR (SERRATUS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30703182	TENSOR DA FÁSCIA LATA (TENSOR FÁSCIA LATA) – TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICRO ANASTOMOSES VASCULARES	50%	NÃO
30704014	COSTELA	50%	NÃO
30704022	ILÍACO	50%	NÃO
30704030	OSTEOCUTÂNEO DE ILÍACO	50%	NÃO
30704049	OSTEOCUTÂNEOS DE COSTELA	50%	NÃO
30704057	OSTEOMUSCULOCUTÂNEO DE COSTELA	50%	NÃO
30704065	OUTROS TRANSPLANTES ÓSSEOS E OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS	50%	NÃO
30704073	PERÔNIO OU FÍBULA	50%	NÃO
30704081	TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	50%	NÃO
30705010	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS MUSCULARES COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO	50%	NÃO
30705029	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS CUTÂNEOS COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	50%	NÃO
30705037	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTÂNEO COMBINADO A UM MUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	50%	NÃO
30705045	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTÂNEO COMBINADO A RETALHO OSTEOMUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SÍ, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	50%	NÃO
30705053	AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	50%	NÃO
30705061	AUTOTRANSPLANTE DE OUTROS RETALHOS, ISOLADOS ENTRE SI, E ASSOCIADOS MEDIANTE UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR COMUNS AOS RETALHOS	50%	NÃO
30705070	AUTOTRANSPLANTE DE TRÊS RETALHOS, UM CUTÂNEO SEPARADO, COMBINADO A OUTROS DOIS RETALHOS MUSCULARES ISOLADOS E ASSOCIADOS, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	50%	NÃO
30705100	REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR	50%	NÃO
30705100	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO AO NÍVEL DA MÃO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)	10%	NÃO
30706017	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO NÍVEL MÉDIO PROXIMAL DA PERNA ATÉ A COXA	50%	NÃO
30706025	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO PÉ ATÉ O TERÇO MÉDIO DA PERNA	50%	NÃO
30707013	TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALÂNGICA PARA A MÃO	50%	NÃO
30707021	TRANSPLANTE DE 2º PODODÁCTILO PARA MÃO	50%	NÃO
30707030	TRANSPLANTE DE DEDOS DO PÉ PARA A MÃO	50%	NÃO

30707048	TRANSPLANTE DO 2º PODODÁCTILO PARA O POLEGAR	50%	NÃO
30707056	TRANSPLANTE DO HALLUX PARA POLEGAR	50%	NÃO
30707064	TRANSPLANTE DE DOIS PODODÁCTILOS PARA A MÃO	50%	NÃO
30714010	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	10%	NÃO
30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	10%	NÃO
30714028	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	10%	NÃO
30715016	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	50%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	20%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS	20%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NIVEL	20%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	5%	SIM
30715024	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	20%	SIM
30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	5%	SIM
30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	20%	SIM
30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	50%	SIM
30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	100%	SIM
30715024	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	50%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS	5%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	5%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,	5%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	100%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	50%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	20%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	20%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	100%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	100%	SIM
30715024	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,	100%	SIM
30715067	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO	20%	NÃO

30715067	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	10%	NÃO
30715075	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA	20%	NÃO
30715083	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	10%	NÃO
30715091	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	10%	NÃO
30715091	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARÍNGEA	20%	NÃO
30715091	DESCOMPRESSÃO ÓSSEA NA JUNÇÃO CRÂNIO- CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA	10%	NÃO
30715091	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	20%	NÃO
30715113	ESPONDILOLISTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30715148	RESSEÇÃO DE COCCIX	10%	NÃO
30715148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	10%	NÃO
30715164	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	20%	SIM
30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS	20%	NÃO
30715164	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS	10%	NÃO
30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAIL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	10%	NÃO
30715164	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	10%	NÃO
30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	20%	NÃO
30715164	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	10%	NÃO
30715164	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	20%	NÃO
30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	10%	SIM
30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	10%	SIM
30715180	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	10%	SIM
30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	10%	SIM
30715180	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	10%	SIM
30715202	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	20%	SIM
30715202	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	10%	SIM
30715210	OSTEOMIELITE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30715210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)	10%	NÃO
30715245	PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	10%	SIM
30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	10%	SIM

30715245	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	10%	SIM
30715245	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTORSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	10%	SIM
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	10%	SIM
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	20%	SIM
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	10%	SIM
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	10%	SIM
30715288	SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL	10%	SIM
30715296	TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA	10%	SIM
30715350	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	20%	SIM
30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR	20%	SIM
30715350	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR	20%	SIM
30715350	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITOSES)	50%	SIM
30715385	SACRALECTOMIA (ENDOPELVECTOMIA) EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30715385	TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO COM OU SEM INSTRUMENTAÇÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	20%	NÃO
30715393	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	10%	SIM
30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	10%	SIM
30715393	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	10%	SIM
30715393	HÉRNIA DE DISCO CERVICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30717019	ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁCICAS	10%	NÃO
30717019	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO - UMERAIS	10%	NÃO
30717019	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	10%	NÃO
30717027	ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	10%	NÃO
30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	10%	NÃO
30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	10%	NÃO
30717035	ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30717035	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30717051	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	10%	NÃO
30717060	DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	20%	NÃO
30717060	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	10%	NÃO
30717060	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORÁCICA	10%	NÃO

30717060	DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULO-TORÁCICA	10%	NÃO
30717094	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	10%	NÃO
30717108	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO - EM ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURALUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	10%	NÃO
30717108	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	10%	NÃO
30717132	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	10%	NÃO
30717159	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	10%	NÃO
30717159	REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO	10%	NÃO
30717167	TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30717167	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	10%	NÃO
30718015	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	10%	NÃO
30718058	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30718058	TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	10%	NÃO
30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO	10%	NÃO
30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPICÔNDILO / EPITROCLEA DO ÚMERO	10%	NÃO
30718058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRA CONDILIANA DO ÚMERO	10%	NÃO
30718090	PSEUDARTROSE, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30718090	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	10%	NÃO
30719020	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30719020	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	10%	NÃO
30719020	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	10%	NÃO
30719089	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	10%	NÃO
30719089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	10%	NÃO
30719100	FRATURAS E OU LUXAÇÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30720010	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	10%	NÃO
30720028	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)	10%	NÃO

30720079	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10%	NÃO
30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA /	10%	NÃO
30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10%	NÃO
30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10%	NÃO
30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	10%	NÃO
30720095	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10%	NÃO
30720117	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10%	NÃO
30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	10%	NÃO
30720133	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	10%	NÃO
30720141	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	10%	NÃO
30720141	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	10%	NÃO
30720150	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	10%	NÃO
30720150	RESSECÇÃO DO PROCESSO ESTILOIDE DO RÁDIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30720168	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR	10%	NÃO
30720176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	10%	NÃO
30720176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - ANTEBRAÇO	10%	NÃO
30721032	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30721067	ARTROPLASTIA DE PUNHO	10%	NÃO
30721075	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO	10%	NÃO
30721075	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	10%	NÃO
30721083	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30721105	REVISÃO CIRÚGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	10%	NÃO
30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	10%	NÃO
30721148	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	10%	NÃO
30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	10%	NÃO
30721199	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	10%	NÃO
30721210	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	10%	NÃO
30721237	REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO	10%	NÃO
30721237	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	10%	NÃO
30721245	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	10%	NÃO
30722071	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	10%	NÃO
30722209	CAPSULECTOMIAS MÚLTIPLAS MF OU IF	10%	NÃO

30722209	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	10%	NÃO
30722217	CAPSULECTOMIA RENAL	10%	NÃO
30722217	CAPSULECTOMIAS ÚNICA MF E IF	10%	NÃO
30722241	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	10%	NÃO
30722250	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	10%	NÃO
30722276	DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30722284	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	10%	NÃO
30722306	ENXERTO ÓSSEO (PERDA DE SUBSTÂNCIA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	10%	NÃO
30722411	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	10%	NÃO
30722462	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	10%	NÃO
30722527	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	10%	NÃO
30722667	REIMPLANTE DE DOIS DEDOS DA MÃO	50%	NÃO
30722675	REIMPLANTE DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL TRANSMETACARPIANO ATÉ O TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO	50%	NÃO
30722683	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR	10%	NÃO
30722705	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30722705	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	10%	NÃO
30722705	RESSEÇÃO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	10%	NÃO
30722713	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	10%	NÃO
30722756	REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR OU OUTRO DEDO	50%	NÃO
30723027	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	20%	NÃO
30723027	HEMIPELVECTOMIA EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30723043	FRATURA/LUXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA AVULSÃO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILÍACA S/ LESÃO DO ANEL PÉLVICO	10%	NÃO
30723043	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO	10%	NÃO
30723051	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO	10%	NÃO
30723086	ARTRODESE DA SÍNFISE PÚBICA	10%	NÃO
30723086	ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS	10%	NÃO
30723086	OSTEOTOMIA DA PELVE	10%	NÃO
30724031	ARTRODESE COXOFEMORAL	10%	NÃO
30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO DE QUADRIL) – TRATAMENTO CIRÚRGICO	5%	NÃO
30724066	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓSARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	10%	NÃO

30724074	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	10%	NÃO
30724082	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	20%	NÃO
30724139	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	10%	NÃO
30724147	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	10%	NÃO
30724180	FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	10%	NÃO
30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	10%	NÃO
30724180	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)	10%	NÃO
30724180	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	10%	NÃO
30724228	OSTECTOMIA DA PELVE	10%	NÃO
30724228	OSTEOTOMIA - FIXADOR EXTERNO	10%	NÃO
30724236	OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO COLO OU REGIÃO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30724236	TRANSFERENCIA DO GRANDE TROCANTER (PROCEDIMENTO ISOLADO)	10%	NÃO
30724279	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	20%	NÃO
30724279	REVISÃO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONENTES E IMPLANTE DE PRÓTESE	50%	NÃO
30725011	ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FÊMUR	10%	NÃO
30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMU	10%	NÃO
30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTER	10%	NÃO
30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	10%	NÃO
30725011	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO	10%	NÃO
30725038	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	10%	NÃO
30725054	CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE FÊMUR COM FIXADOR EXTERNO	10%	NÃO
30725054	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	10%	NÃO
30725070	DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30725070	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	10%	NÃO
30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	10%	NÃO
30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	10%	NÃO
30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	10%	NÃO
30725127	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	10%	NÃO

30725160	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	10%	NÃO
30725160	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FÊMUR	10%	NÃO
30726026	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	10%	NÃO
30726034	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	20%	SIM
30726034	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	20%	SIM
30726034	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	10%	SIM
30726107	FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726107	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	10%	SIM
30726107	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	10%	SIM
30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	10%	SIM
30726123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	10%	SIM
30726131	LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726131	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	10%	SIM
30726131	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	10%	SIM
30726140	LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS (1 OU AMBOS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726140	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	10%	SIM
30726166	LESÕES INTRÍNSECAS DE JOELHO (LESÕES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLÓGICA, CORPOSLIVRES, ARTROFITOSE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726166	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	10%	SIM
30726182	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726182	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	10%	SIM
30726190	LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726190	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	10%	SIM
30726204	FASCIECTOMIA	10%	SIM
30726204	LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726220	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	10%	SIM
30726239	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	10%	SIM
30726247	QUADRICEPSPLASTIA	10%	SIM
30726247	RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	SIM
30726247	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	10%	SIM
30726255	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	20%	SIM

30726255	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30727014	ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - PERNA	10%	NÃO
30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	10%	NÃO
30727014	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	10%	NÃO
30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	10%	NÃO
30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	10%	NÃO
30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	10%	NÃO
30727138	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA	10%	NÃO
30728010	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	10%	NÃO
30728029	ARTRITE OU OSTEOARTRITE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30728029	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	10%	NÃO
30728029	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	10%	NÃO
30728100	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES AO NÍVEL DO TORNOZELO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30728100	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	10%	NÃO
30728126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	10%	NÃO
30728142	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30728142	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	10%	NÃO
30728177	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	10%	NÃO
30729084	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30729084	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	10%	NÃO
30729106	DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30729106	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	10%	NÃO
30729122	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	10%	NÃO
30729157	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	10%	NÃO
30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	10%	NÃO
30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	10%	NÃO
30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	10%	NÃO
30729157	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	10%	NÃO
30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	10%	NÃO
30729173	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	10%	NÃO
30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER- FALANGIANA	10%	NÃO
30729173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURALUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	10%	NÃO

30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	10%	NÃO
30729181	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	10%	NÃO
30729190	TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL	10%	NÃO
30729190	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	10%	NÃO
30729270	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	10%	NÃO
30729319	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE AO NIVEL DO PE	10%	NÃO
30730015	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR	10%	NÃO
30730031	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	10%	NÃO
30730040	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	10%	NÃO
30730058	RESSECÇÃO MUSCULAR	10%	NÃO
30730066	DRENAGEM CIRÚRGICA DO ILIOPSOAS	10%	NÃO
30730074	FASCIOTOMIA	10%	NÃO
30730074	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO	10%	NÃO
30730090	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO	10%	NÃO
30730112	MIORRAFIAS	10%	NÃO
30730112	TENOMIORRAFIA	10%	NÃO
30730155	REINSERÇÃO MUSCULAR	10%	NÃO
30730155	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	10%	NÃO
30730155	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	10%	NÃO
30730155	TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR	10%	NÃO
30731011	ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
30731011	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	10%	NÃO
30731038	BURSECTOMIA	10%	NÃO
30731089	TENODESE	10%	NÃO
30731097	TENÓLISE	10%	NÃO
30731143	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	10%	NÃO
30731232	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	10%	NÃO
30732018	CURETAGEM OU RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUÇÃO E ENXERTO VASCULARIZADO	10%	NÃO
30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MICROCIRÚRGICO	10%	SIM
30732018	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	10%	SIM
30732034	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS	10%	NÃO
30732034	RESSECÇÃO DA LESÃO COM CIMENTAÇÃO E OSTEOSSÍNTESE	10%	NÃO
30732085	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	20%	SIM
30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (EXCETO MÃO E PÉ)	10%	SIM
30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO	10%	SIM
30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (APENAS MÃO E PÉ)	10%	SIM

30732123	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO POR DESLIZAMENTO	10%	SIM
30732123	TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)	10%	SIM
30733057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	10%	SIM
30733073	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	5%	NÃO
30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	10%	NÃO
30735033	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	10%	NÃO
30735068	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	10%	NÃO
30737079	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	10%	NÃO
30737079	TÚNEL DO CARPO - DESCOMPRESSÃO – PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TÚNEL DO CARPO	10%	NÃO
30801010	COLOCAÇÃO DE PROTESE LARINGO-TRAQUEAL, TRAQUEAL, TRAQUEO-BRONQUICA, BRONQUICA POR VIA ENDOSCOPICA (	10%	NÃO
30801028	COLOCACAO DE PROTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO-BRONQUICA (INCLUI PRÓTESE)	20%	NÃO
30801036	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA	10%	NÃO
30801079	TRAQUELOPLASTIA	10%	NÃO
30801095	TRAQUEOSTOMIA	10%	NÃO
30801117	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	20%	NÃO
30801168	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	SIM
30801184	TRAQUEOSTOMIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10%	NÃO
30802016	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA	20%	NÃO
30802040	BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30802059	BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30803020	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)	20%	NÃO
30803039	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO	10%	NÃO
30803047	CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL (QUALQUER TÉCNICA)	50%	NÃO
30803055	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUROSTOMIA)	10%	NÃO
30803063	EMBOLECTOMIA PULMONAR	50%	NÃO
30803071	LOBECTOMIA PULMONAR (MÁ FORMAÇÃO)	20%	NÃO
30803080	LOBECTOMIA PULMONAR	20%	NÃO
30803098	METASTASECTOMIA PULMONAR UNI OU BILATERAL (QUALQUER METODO)	10%	NÃO
30803098	RESSECÇAO PULMONAR EM CUNHA EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
30803101	PNEUMOMECTOMIA	20%	NÃO
30803110	PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO	50%	NÃO
30803136	PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITARIA/RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10%	NÃO

30803152	SEGMENTECTOMIA (QUALQUER TÉCNICA)	20%	NÃO
30803160	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	50%	NÃO
30803179	BULECTOMIA UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30803187	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30803195	CORREÇÃO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30803217	LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	10%	NÃO
30803225	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	10%	NÃO
30804027	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	20%	NÃO
30804043	PLEURODESE	10%	NÃO
30804060	PLEUROSTOMIA	10%	NÃO
30804132	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	10%	NÃO
30804140	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)	10%	NÃO
30804140	TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	10%	NÃO
30804159	DESCORTICAÇÃO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
30804213	TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VÍDEO	50%	NÃO
30805082	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)	20%	NÃO
30805090	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	20%	NÃO
30805112	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	20%	NÃO
30805120	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	10%	NÃO
30805147	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO	10%	NÃO
30805155	TIMECTOMIA	10%	NÃO
30805163	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	20%	NÃO
30805198	CISTO OU DUPLICAÇÃO BRÔNQUICA OU ESOFÁGICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO	50%	NÃO
30805210	LIGADURA DE DUCTO-TORÁCICO POR VÍDEO	50%	NÃO
30805228	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VÍDEO	50%	NÃO
30805260	RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VÍDEO	50%	NÃO
30805279	TIMECTOMIA POR VÍDEO	50%	NÃO
30805287	TRATAMENTO DA MEDIASTINITE POR VÍDEO	50%	NÃO
30806011	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO	10%	NÃO
30806038	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	20%	SIM
30806054	HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO	50%	SIM
30901049	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR	100%	NÃO
30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	100%	NÃO
30901090	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	100%	NÃO
30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC	100%	NÃO
30901090	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	100%	NÃO
30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA	100%	NÃO
30901090	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	100%	NÃO
30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR C/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100%	NÃO
30901090	UNIFOCALIZACAO DE RAMOS DA ARTERIA PULMONAR S/ CIRCULACAO EXTRACORPOREA	100%	NÃO

30901103	RESSECCAO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	100%	NÃO
30902010	PLASTICA VALVAR	50%	SIM
30902029	PLASTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MULTIPLA	100%	SIM
30902037	COMISSUROTOMIA VALVAR	50%	SIM
30902045	PLASTIA VALVAR	50%	SIM
30902053	IMPLANTE DE PROTESE VALVAR	100%	SIM
30903017	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NAO A REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	50%	SIM
30903025	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	5%	SIM
30903033	PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	100%	SIM
30903041	VENTRICULECTOMIA PARCIAL – EM CORONARIOPATIAS	100%	SIM
30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	100%	NÃO
30904021	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO PARA EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO ENDOCAVITARIO C/ REVERSAO P/ EPIMIOCARDICO (POR TORACOTO	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	100%	NÃO
30904064	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO	100%	NÃO
30904080	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORARIO TRANSVENOSO	10%	NÃO
30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	10%	NÃO
30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	10%	NÃO
30904102	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	10%	NÃO
30904110	RETIRADA DE SISTEMA DE ESTIMULACAO CARDIACA ARTIFICIAL	10%	NÃO
30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA EPIMIOCARDICO	20%	NÃO
30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	20%	NÃO
30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA EPIMIOCARDICO	50%	NÃO
30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	20%	NÃO
30904161	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS)	100%	NÃO
30906016	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	20%	NÃO
30906024	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	100%	NÃO
30906032	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	50%	NÃO
30906032	TROCA DE ARCO AORTICO	100%	NÃO
30906040	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS	10%	NÃO

30906083	CORRECAO DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	100%	NÃO
30906113	PLASTIA ARTERIAL C/ REMENDO (QUALQUER TECNICA)	10%	NÃO
30906121	REVASCULARIZACAO DE ARTERIAS VISCERAIS	20%	NÃO
30906148	ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR – QUALQUER TÉCNICA	50%	NÃO
30906172	CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	100%	NÃO
30906180	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	20%	NÃO
30906199	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA	10%	NÃO
30906202	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL	10%	NÃO
30906210	LIGADURA / SECCAO DE VASOS ABERRANTES	10%	NÃO
30906229	PONTE AORTO-BIFEMORAL	50%	NÃO
30906229	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL	20%	NÃO
30906261	PONTE AXILO-BIFEMURAL	20%	NÃO
30906270	PONTE AXILO-FEMURAL	20%	NÃO
30906288	PONTE DISTAL	10%	NÃO
30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	10%	NÃO
30906288	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	10%	NÃO
30906296	PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL	10%	NÃO
30906296	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA PROXIMAL	10%	NÃO
30906300	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	20%	NÃO
30906342	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	20%	NÃO
30906423	REVASCULARIZACAO DO MEMBRO SUPERIOR	10%	NÃO
30906431	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	50%	NÃO
30906466	TRONCO CELÍACO – QUALQUER TÉCNICA	50%	NÃO
30907047	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVACAO CENTRAL	20%	NÃO
30907047	ANASTOMOSE PORTO-CAVA	20%	NÃO
30907110	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	10%	NÃO
30907128	TRANSPLANTE DE SEGMENTO VENOSO VALVULADO	10%	NÃO
30907128	TRANSPOSICAO DE VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	10%	NÃO
30907128	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	20%	NÃO
30907136	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	5%	NÃO
30907144	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	10%	NÃO
30910072	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS TORÁCICOS OU TÓRACO-ABDOMINAIS	50%	NÃO
30910080	EMBOLECTOMIA OU TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL	50%	NÃO
30910102	EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS TORÁCICOS E ABDOMINAIS	10%	NÃO
30910102	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DO ABDOMEN	10%	NÃO
30910110	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL	10%	NÃO
30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10%	NÃO
30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10%	NÃO

30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL	10%	NÃO
30910129	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10%	NÃO
30912032	RECONSTRUCAO DA BIFURCACAO AORTO-ILIACA C/ ANGIOPLASTIA E STENTS	20%	NÃO
30912113	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	20%	NÃO
30912130	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR	50%	NÃO
30912148	FECHAMENTO PERCUTANEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	20%	NÃO
30912156	PERICARDIOCENTESE	10%	NÃO
30912180	RECANALIZAÇÃO ARTERIAL NO IAM – ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA – COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATÓRIO (BALÃO INTRA-ÓRTICO)	50%	SIM
30912210	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	10%	NÃO
30912245	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA	20%	SIM
30912245	VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTANEA	20%	SIM
30912245	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDE PERCUTANEA	100%	SIM
30912296	IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)	100%	SIM
30913012	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL	10%	NÃO
30914043	LINFADENECTOMIA INGUINAL OU ILÍACA	20%	NÃO
30914043	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR	10%	NÃO
30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL	20%	NÃO
30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA	10%	NÃO
30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL	10%	NÃO
30914094	LINFEDEMA - RESSECÇÃO TOTAL	100%	NÃO
30914159	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA	50%	NÃO
30915040	PERICARDIECTOMIA	20%	NÃO
30915040	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	20%	NÃO
30917026	CARDIOMIOPLASTIA	100%	NÃO
30917034	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	20%	NÃO
30917034	TRATAMENTO DE CONTUSAO MIOCARDICA	10%	NÃO
30917034	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDIACO PERFURO-CORTANTE	10%	NÃO
30917042	RESSECCAO DE TUMOR INTRACARDIACO	100%	NÃO
30918081	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR CATETER PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS CARDÍACAS COMPLEXAS (FIBRILAÇÃO ATRIAL, TAQUICARDIA VENTRICULAR COM MODIFICAÇÃO DE CICATRIZ, TAQUICARDIAS ATRIAIS MACRORRENTRANTES COM MODIFICAÇÃO DE CICATRIZ), POR ENERGIA DE RADIOFREQUÊNCIA OU CRIOABLAÇÃO	50%	NÃO
31001033	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	50%	NÃO
31001041	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA	20%	NÃO
31001050	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	20%	NÃO
31001068	ESOFAGOGASTRECTOMIA	20%	NÃO
31001092	FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	50%	NÃO

31001157	RESSECÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E/OU TORÁCICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	50%	NÃO
31001165	ESOFAGO-COLONPLASTIA	20%	NÃO
31001203	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	10%	NÃO
31001211	ESOFAGORRAFIA TORACICA	20%	NÃO
31001220	ESOFAGOSTOMIA	20%	NÃO
31001238	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	10%	NÃO
31001254	ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL COM LINFADENECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA	50%	NÃO
31001262	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	10%	NÃO
31001270	RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E TORÁCICO COM TRANSPLANTE SEGMENTAR DE INTESTINO	50%	NÃO
31001289	RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL OU TORÁCICO, COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	100%	NÃO
31001300	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%	NÃO
31001319	REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31001335	TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSERVADOR DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31001343	ESOFAGORRAFIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
31001351	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO POR VIDEOTORACOSCOPIA	50%	NÃO
31002021	CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL (QUALQUER TÉCNICA)	10%	NÃO
31002021	GASTROENTEROANASTOMOSE	10%	NÃO
31002030	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA	10%	NÃO
31002056	GASTROSTOMIA	10%	NÃO
31002056	GASTROSTOMIA CONFECÇÃO / FECHAMENTO	10%	NÃO
31002056	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31002064	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA	20%	NÃO
31002072	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA	10%	NÃO
31002099	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM TORACOTOMIA	100%	NÃO
31002102	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL SEM TORACOTOMIA	100%	NÃO
31002110	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA	20%	NÃO
31002129	GASTRECTOMIA TOTAL	10%	NÃO
31002129	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL	10%	NÃO
31002145	GASTRORRAFIA	10%	NÃO
31002145	GASTRORRAFIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31002196	PILOROPLASTIA	10%	NÃO
31002218	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	20%	NÃO
31002218	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	20%	NÃO
31002250	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM	10%	NÃO
31002307	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31002315	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO

31002331	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31002340	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003010	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO	10%	NÃO
31003028	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO	10%	NÃO
31003079	APENDICECTOMIA	10%	NÃO
31003168	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	20%	NÃO
31003176	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA	20%	NÃO
31003184	COLECTOMIA TOTAL	20%	NÃO
31003214	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	10%	NÃO
31003230	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	10%	NÃO
31003230	COLOTOMIA E COLORRAFIA	10%	NÃO
31003230	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA	10%	NÃO
31003249	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	10%	NÃO
31003281	ENTERECTOMIA	20%	NÃO
31003290	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	10%	NÃO
31003303	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	10%	NÃO
31003311	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	10%	NÃO
31003320	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO (POR SUTURA OU RESSECÇÃO)	10%	NÃO
31003320	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	10%	SIM
31003346	ESVAZIAMENTO PÉLVICO ANTERIOR OU POSTERIOR - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	20%	NÃO
31003354	EXENTERACAO PELVICA TOTAL EM ONCOLOGIA	50%	NÃO
31003389	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	10%	SIM
31003451	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL	20%	NÃO
31003524	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL	100%	NÃO
31003532	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATÓRIO ILEAL	100%	NÃO
31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	10%	NÃO
31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	10%	NÃO
31003575	AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003583	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	5%	NÃO
31003591	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003613	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	10%	NÃO
31003613	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31003621	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003630	COLECTOMIA TOTAL COM ÍLEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003648	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003702	ESVAZIAMENTO PÉLVICO ANTERIOR OU POSTERIOR POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003710	ESVAZIAMENTO PÉLVICO TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%	NÃO

31003745	PÂNCREAS ANULAR – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31003770	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATÓRIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%	NÃO
31003788	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%	NÃO
31003796	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31004016	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	10%	NÃO
31004075	ESFINCTEROPLASTIA ANAL (QUALQUER TÉCNICA)	10%	SIM
31004075	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	10%	SIM
31004083	ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUALQUER TÉCNICA)	10%	SIM
31004083	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	10%	SIM
31004091	HEMORROIDECTOMIA	10%	SIM
31004113	FÍSTULA RETO-VAGINAL E FÍSTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA PERINEAL	10%	SIM
31004121	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	10%	SIM
31004245	PÓLIPO RETAL - RESSECÇÃO ENDOANAL	10%	SIM
31004300	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	10%	SIM
31005012	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	10%	NÃO
31005039	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	10%	SIM
31005039	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA	50%	SIM
31005128	COLECISTECTOMIA	10%	SIM
31005128	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	10%	SIM
31005144	COLECISTOSTOMIA	10%	SIM
31005152	COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TÉCNICA)	10%	SIM
31005152	COLEDOCOPLASTIA	10%	SIM
31005187	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA	10%	SIM
31005250	ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS	10%	NÃO
31005276	HEPATORRAFIA	10%	NÃO
31005284	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	10%	NÃO
31005292	HEPATECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
31005292	LOBECTOMIA HEPÁTICA DIREITA	20%	NÃO
31005373	RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM HEPATECTOMIA	20%	SIM
31005470	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	5%	SIM
31005489	COLECISTECTOMIA COM FÍSTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	SIM
31005543	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31005560	DESCONEXÃO ÁZIGOS – PORTAL COM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31005578	DESCONEXÃO ÁZIGOS – PORTAL SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31005594	HEPATORRAFIA COMPLEXA COM LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%	NÃO
31005616	LOBECTOMIA HEPÁTICA DIREITA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO

31005624	LOBECTOMIA HEPÁTICA ESQUERDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31005659	RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO COM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31006051	PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO	20%	NÃO
31006051	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA	20%	NÃO
31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	50%	NÃO
31006086	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	20%	NÃO
31006086	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM	20%	NÃO
31007023	ESPLENECTOMIA	10%	NÃO
31007023	ESPLENECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
31007058	ESPLENECTOMIA PARCIAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31008054	EPIPLOPLASTIA	10%	NÃO
31008054	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA	10%	NÃO
31009042	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	10%	NÃO
31009050	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)	10%	NÃO
31009069	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	10%	SIM
31009077	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	10%	SIM
31009077	HERNIORRAFIA COM RESSECÇÃO INTESTINAL - ESTRANGULADA	10%	SIM
31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	10%	SIM
31009093	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	SIM
31009107	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	10%	SIM
31009115	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	10%	SIM
31009140	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	10%	SIM
31009158	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	10%	SIM
31009166	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	5%	SIM
31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	SIM
31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	10%	SIM
31009174	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	10%	SIM
31009204	NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXÉRESE	20%	NÃO
31009263	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	10%	SIM
31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	SIM
31101011	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	10%	NÃO
31101038	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL	10%	NÃO
31101038	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL	10%	NÃO
31101062	AUTOTRANSPLANTE RENAL UNILATERAL	100%	NÃO
31101097	ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	10%	NÃO
31101097	PIELOTOMIA	10%	NÃO
31101100	ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%	NÃO
31101100	PIELOPLASTIA	10%	NÃO
31101127	LOMBOTOMIA	10%	NÃO

31101127	LOMBOTOMIA EXPLORADORA	10%	NÃO
31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL	10%	NÃO
31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL	10%	NÃO
31101178	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL EXTRACORPÓREA	100%	NÃO
31101186	NEFRECTOMIA TOTAL	10%	NÃO
31101208	NEFROPIELOSTOMIA	10%	NÃO
31101216	NEFROLITOTOMIA	10%	SIM
31101216	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA UNILATERAL	10%	SIM
31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	10%	SIM
31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	10%	SIM
31101283	NEFROPEXIA	10%	NÃO
31101283	NEFROPEXIA UNILATERAL	10%	NÃO
31101291	NEFRORRAFIA	10%	NÃO
31101291	NEFRORRAFIA (TRAUMA) UNILATERAL	10%	NÃO
31101305	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	10%	NÃO
31101313	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	10%	NÃO
31101313	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	10%	NÃO
31101321	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	10%	NÃO
31101372	PIELOSTOMIA	20%	NÃO
31101437	TRANSURETERO ANASTOMOSE	10%	NÃO
31101437	URETEROPLASTIA	10%	NÃO
31101470	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
31101470	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
31101488	ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL	50%	NÃO
31101526	PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL	50%	NÃO
31101550	NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA UNILATERAL	50%	NÃO
31101577	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA UNILATERAL A LASER	100%	SIM
31101585	NEFRECTOMIA TOTAL UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	50%	NÃO
31102050	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	10%	NÃO
31102107	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	10%	NÃO
31102123	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL	10%	NÃO
31102174	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	20%	NÃO
31102182	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	20%	NÃO
31102247	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	10%	NÃO
31102247	URETERECTOMIA	10%	NÃO
31102247	URETERECTOMIA UNILATERAL	10%	NÃO
31102255	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	10%	NÃO
31102255	URETEROCELE UNILATERAL - RESSECÇÃO A CÉU ABERTO	10%	NÃO
31102301	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	10%	SIM
31102301	URETEROLITOTOMIA	10%	SIM
31102301	URETEROLITOTOMIA UNILATERAL	10%	SIM
31102344	URETEROENTEROPLASTIA	10%	NÃO
31102344	URETEROPLASTIA UNILATERAL	10%	SIM

31102360	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER UNILATERAL	50%	SIM
31102379	LITOTRIPSIA	10%	SIM
31102425	URETEROSTOMIA CUTANEA	10%	SIM
31102425	URETEROSTOMIA CUTÂNEA UNILATERAL	10%	SIM
31102530	CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VESICO-URETERAL UNILATERAL	10%	SIM
31102530	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	10%	SIM
31102549	REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCÓPICO UNILATERAL	50%	SIM
31102557	REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCÓPICO UNILATERAL	50%	SIM
31103065	CISTECTOMIA PARCIAL	10%	SIM
31103073	CISTECTOMIA TOTAL	20%	SIM
31103081	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO	20%	SIM
31103090	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	10%	SIM
31103162	CISTORRAFIA	10%	NÃO
31103170	CISTOSTOMIA	10%	NÃO
31103200	COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	10%	NÃO
31103200	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	10%	NÃO
31103219	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	10%	NÃO
31103251	CISTOENTEROPLASTIA	10%	NÃO
31103294	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA	10%	NÃO
31103308	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL	10%	NÃO
31103324	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	10%	NÃO
31103332	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL	10%	SIM
31103359	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO	10%	NÃO
31103359	OPERACAO DE BURCH	10%	NÃO
31103359	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	10%	NÃO
31103367	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)	10%	NÃO
31103367	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	10%	NÃO
31103375	INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE)	10%	SIM
31103375	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	10%	SIM
31103456	TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	10%	NÃO
31103480	NEOBEXIGA CUTÂNEA CONTINENTE	50%	NÃO
31103499	NEOBEXIGA RETAL CONTINENTE	50%	NÃO
31103502	NEOBEXIGA URETRAL CONTINENTE	50%	NÃO
31103537	CISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA (INCLUI PRÓSTATA OU ÚTERO)	100%	NÃO
31103545	NEOBEXIGA LAPAROSCÓPICA	100%	NÃO
31104010	DRENAGEM DE COLECAO PERI-URETRAL	10%	NÃO
31104070	ESFINCTEROTOMIA - URETRA	10%	NÃO
31104088	FÍSTULA URETRO-CUTÂNEA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	10%	NÃO
31104088	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	10%	NÃO
31104100	FÍSTULA URETRO-VAGINAL – CORREÇÃO CIRÚRGICA	50%	NÃO

31104134	URETRORRAFIA	10%	NÃO
31104142	MEATOTOMIA SIMPLES	10%	NÃO
31104142	MEATOTOMIA URETRAL	10%	NÃO
31104169	RESSECÇÃO DE CARÚNCULA	10%	NÃO
31104169	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	10%	NÃO
31104177	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	10%	SIM
31104193	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	10%	NÃO
31104193	URETROPLASTIA ANTERIOR	10%	NÃO
31104193	URETROPLASTIA AUTOGENA	10%	NÃO
31104193	URETROPLASTIA HETEROGENEA	10%	NÃO
31104215	URETROSTOMIA	10%	NÃO
31201113	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	10%	SIM
31201121	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	10%	SIM
31201130	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	10%	SIM
31201148	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA	100%	NÃO
31201156	EXÉRESE LAPAROSCÓPICA DE CISTO DE VESÍCULA SEMINAL UNILATERAL	50%	SIM
31202020	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	10%	NÃO
31202039	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE DO PENIS	10%	NÃO
31203019	AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTÍCULO	50%	NÃO
31203043	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	10%	SIM
31203060	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	10%	SIM
31203060	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	10%	SIM
31203078	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	10%	NÃO
31203078	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10%	NÃO
31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	10%	NÃO
31203108	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / DO CORDAO ESPERMATICO	10%	NÃO
31203124	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	10%	SIM
31204031	EPIDIDIMECTOMIA	10%	NÃO
31204031	EPIDIDIMECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	10%	NÃO
31204031	EPIDIDIMECTOMIA UNILATERAL	10%	NÃO
31204066	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	10%	NÃO
31204066	EXÉRESE DE CISTO UNILATERAL	10%	NÃO
31204066	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	10%	NÃO
31205011	ESPERMATOCELECTOMIA	10%	SIM
31205011	ESPERMATOCELECTOMIA UNILATERAL	10%	SIM
31206018	AMPUTAÇÃO DE PÊNIS	100%	NÃO
31206220	PROSTECTOMIA	10%	NÃO
31206255	REIMPLANTE DO PÊNIS	100%	NÃO
31301061	COLPECTOMIA	10%	NÃO
31301061	EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	10%	NÃO
31301088	EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	10%	NÃO
31301088	VULVECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO

31301096	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	10%	NÃO
31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	20%	NÃO
31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA	10%	NÃO
31301134	VULVECTOMIA SIMPLES	10%	NÃO
31302025	AMPUTACAO CONICA DE COLO DE UTERO C/ COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
31302025	COLPECTOMIA	10%	NÃO
31302033	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	10%	SIM
31302033	COLPOPERINEOCLEISE	10%	SIM
31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR	10%	SIM
31302050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	10%	SIM
31302050	COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORRAFIA	10%	SIM
31302068	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	10%	SIM
31302068	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	10%	SIM
31302068	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA	10%	SIM
31302068	COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL	10%	NÃO
31302076	COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	10%	NÃO
31302084	EXERESE DE CISTO VAGINAL	10%	NÃO
31302114	HIMENOTOMIA	10%	NÃO
31302114	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	10%	NÃO
31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	10%	SIM
31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - QUALQUER VIA	10%	SIM
31303102	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	10%	SIM
31303102	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	10%	SIM
31303102	HISTERECTOMIA TOTAL	10%	SIM
31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)	10%	SIM
31303129	HISTERECTOMIA C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	20%	SIM
31303145	MIOMECTOMIA	10%	SIM
31303145	MIOMECTOMIA UTERINA	10%	SIM
31303153	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	10%	NÃO
31303153	TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF)	20%	NÃO
31303153	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
31303161	TRAQUELECTOMIA RADICAL (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	100%	NÃO
31303170	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10%	SIM
31303188	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	10%	SIM
31303200	HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - VIA ALTA	10%	SIM
31303200	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	SIM
31303226	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA AMPLIADA	100%	SIM

31303234	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL	50%	SIM
31303250	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	SIM
31304044	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	10%	NÃO
31304087	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	10%	NÃO
31305016	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	10%	NÃO
31305016	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	10%	NÃO
31306047	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	10%	NÃO
31306047	PERINEORRAFIA (NÃO OBSTÉTRICA) E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA	10%	NÃO
31307019	ANEXECTOMIA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA	10%	NÃO
31307019	CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING)	10%	NÃO
31307060	LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA COM OU SEM BIÓPSIA (INCLUI A CROMOTUBAGEM)	10%	NÃO
31307116	OMENTECTOMIA	10%	NÃO
31307116	RESSECCAO DO EPIPLOM	10%	NÃO
31307124	RESSECCAO ALARGADA DE TUMOR DE PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	20%	NÃO
31307124	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA	20%	SIM
31307159	CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING) LAPAROSCÓPICA	100%	NÃO
31401031	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA	20%	NÃO
31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	20%	NÃO
31401040	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20%	NÃO
31401058	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	20%	NÃO
31401066	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TECNICA COMPLEMENTAR)	20%	NÃO
31401074	HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER MÉTODO	10%	NÃO
31401082	IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	10%	NÃO
31401082	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA	10%	NÃO
31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	20%	NÃO
31401090	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	20%	NÃO
31401090	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	50%	NÃO
31401120	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSAO DE FARMACOS	100%	NÃO
31401120	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS	100%	NÃO
31401139	LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	10%	NÃO
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	20%	SIM
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	20%	SIM
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20%	SIM
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	100%	SIM

31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	20%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	100%	NÃO
31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	20%	NÃO
31401201	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	20%	NÃO
31401236	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	20%	NÃO
31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20%	NÃO
31401252	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO	20%	NÃO
31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA	20%	NÃO
31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20%	NÃO
31401252	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	20%	NÃO
31401252	TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MULTIPLAS EM AREAS ELOQUENTES	20%	NÃO
31401260	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	10%	NÃO
31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	20%	SIM
31401287	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO	20%	SIM
31401295	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	20%	NÃO
31401295	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	20%	NÃO
31401295	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	20%	NÃO
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	20%	NÃO
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	20%	NÃO
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	20%	NÃO
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	20%	NÃO
31401376	CRANIOTOMIA EXPLORADORA COM OU SEM BIÓPSIA	10%	NÃO
31403042	ENXERTO DE NERVO	10%	NÃO
31403042	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (ÚNICO NERVO)	10%	NÃO
31403077	ENXERTO INTERFASCICULAR DE NERVO VASCULARIZADO	50%	NÃO
31403093	ENXERTO PARA REPARO DE 2 OU MAIS NERVOS	10%	NÃO
31403115	EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS	10%	SIM

31403115	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO / NEUROMA	10%	SIM
31403123	EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)	10%	NÃO
31403123	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	10%	NÃO
31403123	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	10%	NÃO
31403123	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	10%	NÃO
31403166	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	10%	NÃO
31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	10%	NÃO
31403166	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	20%	NÃO
31403166	TRATAMENTO POR ESTERETAXIA DE LESÃO DE ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATATAMENTO DE MOVIMENTOS ANO	20%	NÃO
31403174	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	10%	NÃO
31403174	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES	50%	NÃO
31403182	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEURÓLISE	50%	NÃO
31403255	MICRONEURORRAFIA	10%	NÃO
31403263	MICRONEURORRAFIA MÚLTIPLA (PLEXO NERVOSO)	10%	NÃO
31403263	NEURORRAFIA	10%	NÃO
31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CEU ABERTO	10%	NÃO
31403344	SIMPATECTOMIA LOMBAR VIDEOCIRURGICA	10%	NÃO
31403344	SIMPATECTOMIA TORACICA A CEU ABERTO	10%	NÃO
31403352	TRANSPOSIÇÃO DE NERVO	10%	NÃO
31403352	TRANSPOSICAO DO NERVO CUBITAL	10%	NÃO
31403360	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	10%	NÃO
31403360	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS (TUMORAL, INFLAMATÓRIO, ETC)	10%	SIM
31403379	SIMPATECTOMIA TORACICA VIDEOCIRURGICA	10%	NÃO
31403387	NEUROTOMIA SUPERSELETIVA PARA MOVIMENTOS ANORMAIS	20%	NÃO
31404014	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	20%	NÃO
31404022	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO	10%	NÃO
31404022	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL	10%	NÃO
31405029	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - QUALQUER MÉTODO	10%	NÃO
31405029	TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS	10%	NÃO
31502024	TRANSPLANTE CARDÍACO (RECEPTOR)	100%	NÃO
31503020	TRANSPLANTE CARDIOPULMONAR (RECEPTOR)	100%	NÃO
31504027	TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL (RECEPTOR)	100%	NÃO
31505015	TRANSPLANTE HEPÁTICO (RECEPTOR)	100%	NÃO
31506011	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO)	100%	NÃO
31507018	TRANSPLANTE PANCREÁTICO (RECEPTOR)	100%	NÃO

40813525	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	10%	NÃO
40813525	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE ABSCESSO RETROPERITONEAL OU PÉLVICO	10%	NÃO
40813550	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	20%	NÃO
40813576	FECHAMENTO PERCUTANEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	20%	NÃO
40813576	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA	20%	NÃO
40813690	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDO	20%	NÃO
40813916	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	20%	NÃO
40813916	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO	20%	NÃO
40813932	IMPLANTACAO DE SHUNT INTRA-HEPATICO PORTOSISTEMICO (TIPS) C/ STENT NAO RECOBERTO	50%	NÃO
40814017	FIBRINOLISE P/ EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	20%	NÃO
40814033	FIBRINOLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	10%	NÃO
40814092	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	100%	NÃO
40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NIVEIS	10%	NÃO
40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	10%	NÃO
40814092	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NIVEIS	10%	NÃO
41205030	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	20%	NÃO

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR INVALIDEZ

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 2º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, o grau de redução funcional será calculado, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 4º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 5º. 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.

§ 6º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 7º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de Despesas Extras por Invalidez a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

o) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

p) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

q) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

r) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

s) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

t) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

u) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

v) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

w) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

x) radiografias, se houver;

y) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

z) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

aa) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

bb) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE VÍTIMA DE TRÂNSITO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente causado no trânsito, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 2º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 5º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPTA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE TRÂNSITO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal ocorrido no trânsito durante a vigência deste seguro.

§ 1º. O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

§ 2º. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

l) cópia da carteira de identidade e CPF;

m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:

I. Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;

II. Natimorto;

III. Adoção.

§ 1º Esta cobertura não poderá ser contratada para sócios, prestadores de serviço e estagiários.

Art. 2°. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;

b) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;

c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;

d) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RECISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, em decorrência da relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente do segurado principal , limitado a um percentual da cobertura de Invalidez Permanente ou Total por acidente (IPTA) estabelecido na proposta de contratação, referente às despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o estipulante/subestipulante e o segurado principal, bem como as despesas com realocação de pessoal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser contratada para sócios, prestadores de serviço e estagiários.

Art. 2°. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6

PARCIAL DIVERSAS	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 2º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, o grau de redução funcional será calculado, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 4º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 5º. 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.

§ 6º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 7º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPTA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O beneficiário será o estipulante/subestipulante com o qual o segurado principal mantenha vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE VEÍCULOS E RESIDÊNCIA POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia de pagamento das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

Art. 2°. A cobertura poderá ser acionada até duas vezes pelo mesmo evento, limitando o valor total reembolsado ao capital segurado contratado.

Art. 3°. As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 12 (doze) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - do início de vigência individual do seguro; ou- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;

h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem; j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

k) Acidente Vascular Cerebral;

l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

m) Exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;

n) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomeclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 2°. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;

b) formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;

c) cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;

d) cópia da Ficha de Registro de Empregado

e) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;

f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.

g) cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;

h) Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;

i) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

j) cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

k) Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;

l) Certidão de propriedade do veículo;

m) Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;

n) Notas fiscais originais para comprovação dos gastos

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 4°. O titular será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE REEMBOLSO DE JAZIGO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), limitado ao valor do capital segurado contratado para a aquisição de um jazigo familiar, caso um dos integrantes do grupo familiar venha a falecer, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

Art. 2°. A quantidade de dependentes segurados irá ser definida no momento da contração do plano.

Art. 3°. É necessária a identificação de todos os dependentes cobertos no momento da contratação, com, no mínimo, as seguintes informações: nome completo, número único de identificação e grau de parentesco. A contratação do plano deve seguir uma das opções abaixo:

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Segurado Principal	Segurado Principal	Segurado Principal
Cônjuge	Cônjuge	Cônjuge
Filhos	Filhos	Filhos
-	Mãe ou Sogra	Mãe
-	Pai ou Sogro	Pai
-	-	Sogro
-	-	Sogra

Art. 4°. As despesas devem ter ocorrido durante a vigência da apólice.

Art. 5°. A cobertura cessa com a morte do primeiro componente do grupo familiar.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art.6º. Estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - do início de vigência individual do seguro; ou- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;

h) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

i) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;

j) Este plano é destinado exclusivamente para: Filhos, cônjuges, pai, mãe, sogro, sogra. Os demais graus de parentesco não poderão fazer parte desse seguro.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 7°. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e

e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 9º. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

j) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

k) cópia da carteira de identidade e CPF;

l) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

m) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. **Associação ou Sindicato:** Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. **Sócio ou prestador de serviço:** Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. **Demais estipulantes/subestipulantes:** cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

o) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

p) cópia da carteira de identidade e CPF;

q) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

r) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O beneficiário será aquele indicado na Nota de despesa para aquisição do jazigo no caso de reembolso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR FAMILIAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado referente às despesas relacionadas ao funeral dos membros integrantes do grupo familiar

Art. 2°. A quantidade de dependentes segurados irá ser definida no momento da contração do plano.

Art. 3°. É necessária a identificação de todos os dependentes cobertos no momento da contratação, com, no mínimo, as seguintes informações: nome completo, número único de identificação e grau de parentesco. A contratação do plano deve seguir uma das opções abaixo:

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Segurado Principal	Segurado Principal	Segurado Principal
Cônjuge	Cônjuge	Cônjuge
Filhos	Filhos	Filhos
-	Mãe ou Sogra	Mãe
-	Pai ou Sogro	Pai
-	-	Sogro
-	-	Sogra

Art. 4°. As despesas devem ter ocorrido durante a vigência da apólice.

Art. 5°. A solicitação de reembolso deve ser feita no período legal vigente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) cópia da carteira de identidade e CPF;

h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

i) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 7°. O titular indicará os beneficiários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES ESSENCIAL/COBERTURA DE CÂNCER

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de uma das doenças especificadas e caracterizadas adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais. Poderão contratar essa cobertura, segurados entre 16 e 65 anos mediante a assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Parágrafo único. Os segurados que completarem 80 (setenta) anos serão excluídos da cobertura.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para fins desta cobertura, será considerada como doenças graves a seguinte patologia:

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

Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

i. Câncer Leve:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM); - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

ii. Câncer Moderado:

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | NO | MO;
- Estadio I da doença.

iii. Câncer Grave:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estágio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

Art. 3º. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Doenças Graves", descrita a seguir:

Eventos		% sobre Capital Segurado
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%

§ 1º. O capital segurado (valor máximo da cobertura contratada) não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§ 2º. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

§ 3º. No caso de renovação do seguro não haverá reintegração do capital segurado conforme previsto no caput deste artigo.

3) CARÊNCIA

Art. 4°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5°. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

b) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;

c) Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;

d) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 7°. A atualização monetrária dessa cobertura se dará conforme item 11 dessas condições gerais, entretanto, além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas no item 11, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Faixa Etária	% de Reajuste
16 a 25 anos	
26 a 30 anos	4,30%
31 a 35 anos	38,58%
36 a 40 anos	28,56%
41 a 45 anos	57,22%
46 a 50 anos	36,68%
51 a 55 anos	46,59%

56 a 60 anos	43,40%
61 a 65 anos	31,06%
66 a 70 anos	23,42%
71 a 75 anos	17,33%
76 a 80 anos	13,73%

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

c) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

d) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para a patologia:

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

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

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 9°. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLUS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de uma das doenças especificadas e caracterizadas adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais. Poderão contratar essa cobertura, segurados entre 16 e 65 anos mediante a assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Parágrafo único. Os segurados que completarem 70 (setenta) anos serão excluídos das coberturas por Doenças Graves, com exceção das patologias Alzheimer, AVC, Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal Crônica e Doença de Parkinson, que serão mantidas até o segurado completar 80 (oitenta) anos

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para fins desta cobertura, será considerada como doenças graves a seguinte patologia:

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

Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

i. Câncer Leve:

1. Tumores cerebrais benignos;
2. Carcinoma in situ;
3. Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM); - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

ii. Câncer Moderado:

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | NO | MO;
- Estadio I da doença.

iii. Câncer Grave:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estágio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

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

c) Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo

sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

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

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

e) Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

g) Perda da Audição: Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

h) Perda da Fala: Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

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

Art. 5º. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Doenças Graves", descrita a seguir:

Eventos		% sobre Capital Segurado
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Doença de Alzheimer		100%
Insuficiência Renal Crônica		100%
Perda de Visão		100%
Perda da Audição		100%
Perda da Fala		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%

§ 1º. O capital segurado (valor máximo da cobertura contratada) não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado,

uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§ 2º. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

§ 3º. No caso de renovação do seguro não haverá reintegração do capital segurado conforme previsto no caput deste artigo.

§ 4º. Havendo dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento coberto no artigo acima, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder 100%.

3) CARÊNCIA

Art. 6°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7°. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

I – Câncer:

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

II – Acidente Vascular Cerebral Agudo:

a) **Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;**
b) **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
c) **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
d) **Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;**
e) **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.**

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

a) **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) **Outras síndromes coronarianas agudas;**

IV – Doença de Alzheimer:

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

V – Insuficiência Renal Crônica:

a) **Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;**

VI – Perda da Visão:

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

i. doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;

ii. cegueira de origem central (sistema nervoso central).

VII – Perda da Audição:

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

i. surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);

ii. doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

VII – Perda da Fala:

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

i. mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);

ii. perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

VIII – Paralisia de Membros:

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

i. qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;

ii. paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;

iii. a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

IX – Parkinson:

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

i. Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;

ii. Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;

iii. Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;

ív. Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 8°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 9°. A atualização monetrária dessa cobertura se dará conforme item 11 dessas condições gerais, entretanto, Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas no item 11, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Faixa Etária	% Reajuste
16 a 25 anos	-
26 a 30 anos	9,51%
31 a 35 anos	40,98%
36 a 40 anos	29,82%
41 a 45 anos	63,27%

46 a 50 anos	39,11%
51 a 55 anos	54,88%
56 a 60 anos	47,60%
61 a 65 anos	36,71%
66 a 70 anos	26,76%
71 a 75 anos	26,55%
76 a 80 anos	20,62%

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 10. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **i.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **ii.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **iii.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

c) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

d) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para a patologia:

I - Câncer

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

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

II - Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e

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

III - Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV - Doença de Alzheimer:

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

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

V - Insuficiência Renal Crônica:

a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

VI - Perda da Visão:

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

VII - Perda da Audição:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a surdez total e bilateral, acompanhado de laudo de audiometria ratificando a mesma. Informar a data da caracterização da irreversibilidade no quadro.

VIII - Perda da Fala:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a perda total e irreversível da fala e informando sua etiologia e a data da sua caracterização.

IX - Transplante de Órgãos:

a) laudo do médico assistente comprovando a falência do órgão a ser transplantado, a data da sua caracterização e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

X - Paralisia de Membros:

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

XI - Doença de Parkinson:

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

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

c) laudo médico ou documento do hospital informando o diagnóstico, confirmando o grau de lesão, o percentual da área corporal atingida e a condição atual do segurado e prognóstico.

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 11. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PREMIUM

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de uma das doenças especificadas e caracterizadas adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

Poderão contratar essa cobertura, segurados entre 16 e 65 anos mediante a assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Parágrafo único. Os segurados que completarem 70 (setenta) anos serão excluídos das coberturas por Doenças Graves, com exceção das patologias Alzheimer, AVC, Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal Crônica e Doença de Parkinson, que serão mantidas até o segurado completar 80 (oitenta) anos

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para fins desta cobertura, será considerada como doenças graves a seguinte patologia:

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

Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

- **Câncer Leve:**
  - Tumores cerebrais benignos;
  - Carcinoma in situ;
  - Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
  - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).
- **Câncer Moderado:**
  - T1-3 | NX | MX;
  - T1-3 | NO | MO;
  - Estadio I da doença.
- **Câncer Grave:**
  - T4 | N qualquer | M qualquer;
  - T qualquer | N1 | M0;
  - T qualquer | N qualquer | M1;
  - A partir do estágio II da doença;
  - Linfoma não Hodgkin;
  - Leucemia.

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

c) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
   - história de dores torácicas típicas;
   - alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
   - elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

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

e) **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

g) **Perda da Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

h) **Perda da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

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

k) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, medula óssea, intestino delgado ou tecido composto de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

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

m) **D.P.O.C. (Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas):** Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:
   - VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo;
   - Oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 3 (três) meses; e;
   - Redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO2) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.

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

- Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
- Requer o uso de sistemas de suporte à vida.
- Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

o) Danos Cerebrais Anatômicos: Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

p) Doenças Hepáticas Graves: Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- Níveis de bilirrubina total;
- Níveis de albumina sérica;
- Gravidade da ascite;
- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea); e;
- Encefalopatia hepática. O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

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

- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
- Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático; e;
- Necessidade de reposição oral deenzimas pancreáticas.

r) Anemia Aplástica: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores; ou;
- Transplante de medula óssea.

s) Queimaduras Graves: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

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

u) Doença do Neurônio Motor: Doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete ou os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

Art. 3º. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Doenças Graves", descrita a seguir:

Eventos		% sobre Capital Segurado
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Doença de Alzheimer		100%
Insuficiência Renal Crônica		100%

Perda de Visão	100%
Perda da Audição	100%
Perda da Fala	100%
Paralisia de Membros	100%
Parkinson	100%
Transplante de Órgãos	100%
Esclerose Múltipla	100%
D.P.O.C	100%
Coma por Traumatismo Craniano	100%
Danos Cerebrais Anatômicos	100%
Doenças Hepáticas Graves	100%
Pancreatites Crônicas	100%
Anemia Aplástica	100%
Queimaduras Graves	100%
Osteomielite	100%
Doença do Neurônio Motor	100%

§ 1º. O capital segurado (valor máximo da cobertura contratada) não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§ 2º. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

§ 3º. No caso de renovação do seguro não haverá reintegração do capital segurado conforme previsto no *caput* deste artigo.

§ 4º. Havendo dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento coberto no artigo acima, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder 100%.

3) CARÊNCIA

Art. 4°. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5°. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

I – Câncer:

a. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

b. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;

c. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;

d. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

II – Acidente Vascular Cerebral Agudo:

a. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
b. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
c. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
d. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
e. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

a. 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. Outras síndromes coronarianas agudas;

IV – Doença de Alzheimer:

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

V – Insuficiência Renal Crônica:

a. Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

VI – Perda da Visão:

a) Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a
   i. doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
   ii. cegueira de origem central (sistema nervoso central).

VII – Perda da Audição:

a) Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
   i. surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);
   ii. doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

VII – Perda da Fala:

a) Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
   i. mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);
   ii. perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

VIII – Paralisia de Membros:

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

IX – Parkinson:

a) Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
   i. Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;
   ii. Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;

iii. Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;

ív. Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 8°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 9°. A atualização monetrária dessa cobertura se dará conforme item 11 dessas condições gerais, entretanto, Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas no item 11, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

ii. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

iii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

c) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e

d) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para a patologia:

I - Câncer

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

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

II - Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e

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

III - Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV - Doença de Alzheimer:

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

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

V- Insuficiência Renal Crônica:

a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

VI - Perda da Visão:

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

VII - Perda da Audição:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a surdez total e bilateral, acompanhado de laudo de audiometria ratificando a mesma. Informar a data da caracterização da irreversibilidade no quadro.

VIII -Perda da Fala:

a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a perda total e irreversível da fala e informando sua etiologia e a data da sua caracterização.

IX - Transplante de Órgãos:

a) laudo do médico assistente comprovando a falência do órgão a ser transplantado, a data da sua caracterização e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

X - Paralisia de Membros:

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

XI - Doença de Parkinson:

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

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

c) laudo médico ou documento do hospital informando o diagnóstico, confirmando o grau de lesão, o percentual da área corporal atingida e a condição atual do segurado e prognóstico.

XII - Queimaduras Graves:

a) laudo médico ou documento do hospital informando o diagnóstico, confirmando o grau de lesão, o percentual da área corporal atingida e a condição atual do segurado e prognóstico.

XIII - Coma por Traumatismo Craniano:

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

XIV - D.P.O.C. (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica):

a) laudo do médico pneumologista, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e prognóstico;

b) laudo do raio X de tórax (PA e perfil) recente;

c) laudo de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética do pulmão;

d) cópia do resultado do Eritrograma (sangue); e

e) cópia da Prova de Função Pulmonar (espirometria).

XV - Doenças Hepáticas Graves:

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

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

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

XVI - Pancreatites Crônicas:

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

b) Cópia dos laudos do Raios X simples do abdome, e do TC do abdome, e exames de sangue (amilase, lipase, hemoglobina glicosilada, glicemia, lipídios, aminotransferase (TGP/ALT e TGO/AST), fosfatase alcalina, gama-GT e Bilirrubina total, direta e indireta).

XVII - Esclerose Múltipla:

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

b) Cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

XVIII - Doença do Neurônio Motor:

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

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

XIX - Anemia Aplástica:

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

b) Hemograma completo, coagulograma, cópia do laudo de biópsia de medula óssea.

XX - Danos Cerebrais Anatômicos:

a) Cópias dos exames de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando as alterações anatômicas cerebrais).

XXI - Osteomielite:

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

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

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 10. Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO PARA AUDIÇÃO E FALA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo único. Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

Art. 2°. A cobertura de IPA MAJ por voz e fala deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	100
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	100
	Mudez incurável	100
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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	20
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. 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% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. 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).

§ 5º. 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.

§ 6º. 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.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;

e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

j) radiografias, se houver;

k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

n) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

- **I.** Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
- **II.** Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
- **III.** Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5°. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FERIDAS ACIDENTAIS

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e nas presentes Condições Especiais, sofra fratura óssea ou queimadura da superfície corporal, observadas, ainda, as demais condições contratuais do seguro.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2°. Para fins desta cobertura, estão cobertas as fraturas de ossos e queimaduras da superfície corporal, conforme definidas abaixo:

a) **Fratura Completa:** rompimento do osso de uma extremidade até a outra;

b) **Fratura Complexa:** fratura exposta ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão;

c) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso;

d) **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo caso;

e) **Queimadura:** lesão causada por agentes externos sobre o revestimento do corpo, podendo destruir desde a pele até tecidos mais profundos, como ossos e órgãos.

3) COBERTURA

Art. 3°. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea ou queimadura de superfície corporal, relacionada a acidentes pessoais cobertos e conforme tabelas definidas abaixo.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE FRATURA ÓSSEA

Fratura de	% Sobre o Capital Segurado a ser indenizado
Fêmur, bacia, pélvis	100%
Coluna vertebral, esterno e costelas	80%
Tíbia, fíbula, tornozelo	60%
Crânio	50%
Ossos Faciais	40%
Úmero, rádio, ulna	25%

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE QUEIMADURA

Queimadura de	% Sobre o Capital Segurado a ser indenizado
27% ou mais da superfície corporal	100%
18% ou mais da superfície corporal	80%
9% ou mais da superfície corporal	60%
4,5% ou mais da superfície corporal	50%

Art. 4°. A Seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado, de acordo com o percentual previsto nas tabelas acima definidas, desde que haja relação direta entre feridade acidental e o acidente pessoal coberto, conforme descrito nas presentes condições especiais.

Art. 5°. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito no Conselho Federal de Medicina e evidenciado pelos exames/ laudos das feridas, além de relatório devidamente preenchido constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado.

Art. 6°. A indenização por ferida acidental será calculada pela aplicação do percentual previsto para a lesão coberta de ferida acidental sofrida sobre o valor do Capital Segurado contratado para a referida cobertura. Quando do mesmo acidente resultar em mais de uma ferida acidental, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Art. 7°. Na ocorrência de ferida acidental, a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 8°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

Art. 9°. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

Art. 10. O capital segurado para os diversos tipos de feridas, incluídas nesta cobertura, serão de acordo com os percentuais aplicados sobre o valor do capital segurado, definido nas tabelas de Lesões Cobertas de Fratura Óssea e Queimadura da Superfície Corporal.

Art. 11. O valor total indenizado não poderá superar 200% do capital segurado, por ano de vigência.

Art. 12. Para um mesmo segurado, o valor total indenizado não poderá superar 500% do capital segurado.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 13. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, excluem-se desta garantia, as ocorrências decorrentes de:

a) Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);

b) Fraturas patológicas provenientes de tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Fratura Óssea acidental ocorrida como um resultado de doenças ou lesões pré- existentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data de assinatura da mesma;

e) Acidentes ocorridos em consequência de eventos causados exclusivamente pela não utilização, por parte do Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

f) Acidentes ocorridos em consequência de autolesão;

g) Acidentes ocorridos antes do contrato de seguro;

h) Acidentes causados acidentalmente por minas, bombas, torpedos e outros engenhos explosivos ou incendiários, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário; e

j) Fabricação ou manipulação de equipamentos ou substâncias tóxicas, produtos químicos, plataformas de perfuração, inflamáveis ou explosivos e mineração, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 14. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo 27 Segurado;

b) Cópia completa do prontuário médico, inclusive do Boletim do primeiro atendimento médico (imediatamente após o acidente);

c) Radiografia e laudo radiológico, em caso de fratura óssea;

d) Laudo médico informando, em percentuais, a superfície corporal atingida pela queimadura.

e) Cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);

f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver; e

g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 15. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS COM EMERGÊNCIAS HOSPITALARES POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas de emergências hospitalares efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

§ 1º. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha do segurado, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços para facilitar a prestação de assistência ao segurado, caso o segurado faça essa opção de forma expressa.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de despesas com emergências hospitalares, a data do acidente.

§ 1º. O valor total indenizado não poderá superar 300% do capital segurado, por ano de vigência.

§ 2º. Para um mesmo segurado, o valor total indenizado não poderá superar 1200% do capital segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto, o beneficiário deverá comunicá-lo à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

e) radiografias, se houver;

f) notas fiscais originais das despesas discriminando cada procedimento;

g) cópia autenticada do receituário médico;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 4º. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

Art. 5º. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O beneficiário será aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS COM EMERGÊNCIAS COM AMBULÂNCIAS POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas de emergências com ambulâncias efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

§ 1º. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha do segurado, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços para facilitar a prestação de assistência ao segurado, caso o segurado faça essa opção de forma expressa.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de despesas com emergências com ambulâncias, a data do acidente.

§ 1º. O valor total indenizado não poderá superar 300% do capital segurado, por ano de vigência.

§ 2º. Para um mesmo segurado, o valor total indenizado não poderá superar 1200% do capital segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto, o beneficiário deverá comunicá-lo à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

k) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);

m) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

n) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

o) radiografias, se houver;

p) notas fiscais originais das despesas discriminando cada procedimento;

q) cópia autenticada do receituário médico;

r) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

s) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

t) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 4º. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

Art. 5º. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O beneficiário será aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES MASTER

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em riscos cobertos.

Parágrafo único. Os segurados que completarem 90 (noventa) anos serão excluídos da cobertura.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para fins desta cobertura, será considerada como doenças graves a seguinte patologia:

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

Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

I. Câncer Leve:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado:

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | NO | MO;
- Estadio I da doença.

III. Câncer Grave:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estadio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

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

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

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

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

e) **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

Art. 3º. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Doenças Graves", descrita a seguir:

Eventos		% sobre Capital Segurado
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Doença de Alzheimer		100%
Insuficiência Renal Crônica		100%
Parkinson		100%

§ 1º. O capital segurado (valor máximo da cobertura contratada) não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§ 2º. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

§ 3º. Havendo dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento coberto no artigo acima, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder 100%.

3) CARÊNCIA

Art. 4º. Para esta cobertura, será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

I – Câncer:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

b) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;

c) Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;

d) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno

II – Acidente Vascular Cerebral Agudo:

e) ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;

f) hemorragia cerebral causada por acidentes;

g) hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;

h) obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;

i) sintomas neurológicos provocados por enxaquecas; III - Infarto Agudo do Miocárdio:

j) angina do peito incluindo angina estável e instável;

k) angina decúbito;

l) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";

m) outras síndromes coronarianas agudas;

IV – Doença de Alzheimer:

n) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência;

V – Insuficiência Renal Crônica:

o) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

VI – Parkinson:

p) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada como primeiro diagnóstico pelo médico assistente em laudo médico ou exame complementar específico.

6) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

b) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas.

Para as doenças cobertas:

I – Câncer:

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

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

II – Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e

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

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV – Doença de Alzheimer:

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

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

V – Insuficiência Renal Crônica:

a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

VI – Doença de Parkinson:

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

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

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo único. Caso ocorra a morte do segurado após o aviso do sinistro à seguradora, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte acidental caso este venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela Mongeral Aegon, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2°. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte acidental e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Esta cobertura poderá ser contratada de forma individual, somente com cobertura para o segurado principal ou poderá haver a inclusão de dependentes de forma facultativa sendo estes dependentes o cônjuge, filhos, pais e sogros.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA MONGERAL AEGON):

PLANO LUXO (Este plano contempla todas as assistências com valor até R$ 5.500,00):

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.

Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01(um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Limitado até 1000 km (mil quilômetros)
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Limitado a 1000 km (mil quilômetros)
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO SUPER LUXO:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Locação de sala para velório Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla

Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Sextavada com visor, padrão Bignotto ref085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo (nacional)	Ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Ilimitado
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO ESSENCIAL:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.

Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	01 (uma) coroa de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional ilimitado
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias meio de transporte para acompanhamento do velório Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PLUS:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.

Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	Urna Padrão Luxo Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	02 (duas) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Nacional e internacional, limitado à América do Sul.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla
Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional, limitado à América do Sul.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla

PLANO PREMIUM:

SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
Formalidades administrativas (liberação do corpo) e registro em cartório	Contempla
Organização do funeral	**Sepultamento** Dentro do perímetro urbano Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado. - Taxa de Exumação: somente nos casos em que o Segurado possuir jazigo próprio e desde que todas as gavetas disponíveis estejam ocupadas; ou caso haja obrigatoriedade da antecipação desta taxa pelo cemitério. **Cremação** Crematório municipal ou particular[1] disponível no município de domicílio. 200 (duzentos) quilômetros entre ida e volta. Taxas municipais inclusas: - Taxa de Cremação Importante: a utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice-versa.
Locação de jazigo	Locação de jazigo em cemitério pelo período de até 03 (três) anos. Taxas municipais ou particulares, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado
Locação de sala para velório	Locação em Cemitério Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes, ou até o limite do plano contratado
Carro fúnebre	Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento. Distância máxima percorrida: 100 (cem) quilômetros.
Livro de presença	Contempla
Arranjo de flores no livro de presença	01 (um) arranjo de Flores
Ornamentação de urna	Ornamentação de Urna completa
Urna mortuária	**Urna Padrão Luxo** Modelo (s): Dextavada ou Oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado. Acabamento Interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo. Acabamento Externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, Lisa ou Cruz. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Urna para Cinzas - somente em casos de Cremação Urna de madeira ou metal com ou sem alças laterais. Importante: na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar.
Manta mortuária	Contempla
Coroa de flores	03 (três) coroas de Flores Simples
Jogo de paramentos	Contempla
Véu	Contempla
Velas	Contempla
Traslado do corpo	Abrangência: Nacional Limitação KM: ilimitado.
Preparação do corpo	Higienização: Contempla Embalsamento e Tanatopraxia: Contempla
Placa com o nome da lápide	Contempla
Necromaquiagem e vestimentas (ato de vestir)	Contempla

Transporte e hospedagem para membro da família para liberação do corpo	Até 500 (quinhentos) km transporte terrestre, e acima deste km, será fornecida 1 (uma) passagem aérea com o valor máximo de R$1.000,00 (Mil Reais) Valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitado a 3 (três) diárias
Meio de transporte para acompanhamento do velório	Limitado até 4 (quatro) pessoas e a 100 km (cem quilômetros)
Repatriação do corpo (internacional)	Transporte do corpo do local do óbito até o local de inumação, no Brasil Abrangência: Internacional. Limitação KM: ilimitado.
Sepultamento de membros	Até R$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento
Serviço de café e água	Contempla
Nota de falecimento em jornal	Contempla
Transmissão de mensagens urgentes	Contempla
Funeral do Pet	01 (um) animal doméstico (cão ou gato); 01 acionamento por vigência; Limite de até R$ 600,00 (seiscentos reais)

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4°. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e

e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 5°. No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

d) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6°. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela Mongeral Aegon nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

DO EXCEDENTE TÉCNICO

Art. 1º. Poderão ser concedidos excedentes técnicos, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, com base nos resultados técnicos da apólice e de acordo com o disposto no Contrato, considerando os seguintes elementos a seguir:

I. Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, descontados os prêmios de resseguro cedido e/ou cosseguro cedido;

b) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

c) recuperação de sinistro de resseguro e/ou cosseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e

d) estorno da provisão de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

II. São despesas mínimas para os mesmos fins do inciso I:

a) Comissões de corretagem pagas durante o período;

b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;

c) Comissões de agenciamento pagas durante o período;

d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração;

e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

f) Despesas efetivas de administração;

g) Variação da provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR);

h) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros; e

i) variação da provisão de prêmios não ganhos

III. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo indexador do plano, desde:

a) O respectivo pagamento para prêmios e comissões;

b) O aviso à Seguradora para os sinistros;

c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

§ 1º. A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente desde o término de vigência da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

§ 2º. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados e, nestes casos, será incluído no certificado individual, informação de que o segurado tem direito a excedente técnico.

§ 3º. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

§ 4º. Só serão concedidos excedentes às apólices que forem renovadas.

Junho/2026

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73
Central de Relacionamento: 4003-3355 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 881 3355 (todas as localidades), 0800 771 5472 (deficientes auditivos ou de fala) ou sac@mag.com.br; Ouvidoria – essa é uma instância superior à qual você pode recorrer caso sua questão não tenha sido resolvida pelos outros canais – 0800 725 7550, ouvidoria@mag.com.br ou Cx. Postal 40994 – CEP 20270-971 - Rio de Janeiro/RJ.